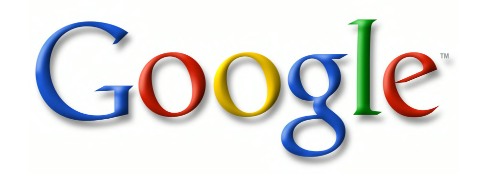


LYON MÉDICAL

COMITÉ DE RÉDACTION.

MM. Diday, président.
Icard, gérant.

MM. Aubert.
Clément.
Crolas.
E. Faivre.
Gailleton.
Kastus.
Marduel.
Rollet.
Charpy.
Colrat.
Debauge.
Fochier.
L. Gignoux.
Lacour.
Perroud.
Soulier.

LYON MÉDICAL

GAZETTE MÉDICALE
ET JOURNAL DE MÉDECINE RÉUNIS

Le Lyon médical, organe officiel de la *Société de médecine* et de la *Société des sciences médicales*, paraît toutes les deux semaines.

SIXIÈME ANNÉE. — TOME XV.

LYON
LIBRAIRIE MÉDICALE DE J.-P. MÉGRET
QUAI DE L'HÔPITAL, 57.

1874

N° 1. — DIMANCHE 4 JANVIER 1874.

A NOS LECTEURS.

Il y a cinq ans, à cette même époque, à cette même place, en se présentant à leurs lecteurs, les rédacteurs du *Lyon Médical*, caractérisaient ainsi le lien qui les avait rassemblés :

« Une phalange s'est naturellement recrutée parmi ceux qui ont donné le plus de preuves d'activité, d'ardeur au travail, d'habitude et d'amour de la presse scientifique. — Mais ce Comité ne s'attribue ni un pouvoir définitif, ni un droit exclusif à la rédaction. Renouvelable par l'élection à la fin de chaque année, il attend, il appelle sans exception aucune tous les travailleurs qui seront jaloux et qui se montreront dignes de partager l'honneur et les charges d'une entreprise si bien faite pour tenter toutes les ambitions et tous les dévoûments. »

Le temps, depuis lors, a marché. L'âge a refroidi, la mort a glacé, peut-être la fortune a-t-elle attiédi quelques-uns de nos collaborateurs. Aussi, malgré un redoublement d'activité de la part de ceux qui restaient, malgré une précieuse adjonction dont le Comité s'est récemment enrichi, il lui a semblé que le moment était venu de faire appel à des coopérateurs nouveaux, de combler avant qu'elle ne devînt sensible, une lacune que ses efforts avaient, il l'espère, dissimulée jusqu'ici à tous, excepté à lui-même.

Le *Lyon Médical*, qui, par ses ascendants directs, ne compte pas aujourd'hui moins de vingt-cinq ans révolus, peut se passer de *noms*, comme toujours, à l'inverse des feuilles parisiennes, il s'est passé de *prospectus*. Des noms, d'ailleurs, il en a, et des plus populaires et des plus sympathiques. Mais sans vouloir médire d'aucun de ces vétérans de la science et du journalisme, qui, chaque jour dans ses colonnes montent à la brèche avec l'ardeur de nouvelles recrues, ce n'est pas de ce côté que le Comité a dû chercher ses éléments reconstituants. Règle générale, tout compte fait des égards dus, des créatures à ménager, des rivalités, des hostilités cortége obligé de toute illustration, en fait d'organisation de journal, jamais une célébrité ne rapporte ce qu'elle

coûte.—Un meilleur modèle nous était offert par les immémoriales habitudes d'une classe qui a la réputation, parce qu'elle a le besoin de voir juste en ces sortes de choses. Dans le commerce, c'est toujours en s'agrégeant de jeunes associés qu'une maison se continue ou se complète. Et ces associés, elle ne les choisit guère que parmi ceux qu'elle a vus à l'œuvre, dont elle a apprécié le zèle, mesuré la portée, pressenti l'avenir.

Le mécanisme de sa rédaction permettait à merveille au *Lyon Médical* d'imiter ce bon et sûr exemple. Dans ses colonnes s'est révélée une phalange de jeunes travailleurs indépendants, libres de toute coterie, n'ayant en vue que la science qu'ils cultivent avec l'ardeur et le désintéressement de leur âge, ayant un pied dans nos hôpitaux, mais sans attaches qui brident l'essor de leur judicieux éclectisme.

Parmi ces travailleurs d'élite, le *Comité* a dû faire un choix encore; car il fallait, autant que possible, dans ce ravitaillement, tenir la part égale entre les diverses matières qui forment comme le fond de la presse médicale. Chirurgie, médecine proprement dite, obstétrique et autres spécialités, chacune des branches qui offrait un *desideratum* exigeait satisfaction. C'est à ces besoins légitimes, dont il se flatte d'avoir eu conscience avant aucun de ses lecteurs, que le Comité a pourvu en s'adjoignant, à partir de ce jour, MM. les docteurs Colrat, Fochier, Clément et Charpy.

Mais cette adjonction n'implique point d'abdication. Aucun des membres actuels du Comité ne se retire pour faire place. Les *seniores* restent à leur poste; ils y rentrent même, et osent se flatter qu'on s'en apercevra. Plaise à Dieu seulement qu'on ne s'en aperçoive pas trop, à la lecture de ces lignes!

Dûment rassurés sur la retraite des anciens, que nos lecteurs ne s'effrayent point par contre-coup de cette invasion de la jeunesse. Quelques grammes de sang transfusé rendent la vie à un organisme affaibli mais sans imprimer à ses fonctions une allure différente. Nos jeunes collègues — dont les anciens aimeraient à répondre, s'il en était besoin — sentiront bientôt, en même temps qu'ils nous la feront sentir, la justesse de cet apologue médical. C'est un des avantages, comme c'est une des douceurs du travail en commun, de voir s'établir une sorte de fusion entre les tendances les plus extrêmes, entre les caractères les plus divers; fusion d'autant plus solide qu'elle n'a point de drapeau à choisir, celle-là, puisqu'elle repose non sur des concessions, mais sur des

conversions. Essayer de bonne foi l'effet de ses arguments sur des collègues qu'on estime ; prêter à son tour l'oreille à leurs avis sans rien abdiquer de sa propre indépendance ; après quelques pacifiques échanges de ce genre arriver peu à peu, et par cela même, qu'on est pas surveillé, à se surveiller soi-même, tel est l'inévitable résultat de cette collaboration amicale. En en profitant à leur tour, les coopérateurs que nous nous adjoignons aujourd'hui ne feront que suivre la route que chacun de nous a parcourue, route par laquelle doit nécessairement passer quiconque veut être digne de tenir la plume de journaliste.

DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES BAINS FROIDS, (méthode de Brand (1).

Par M. le docteur Élie FAIVRE, médecin de l'hôpital de la Croix-Rousse.

La question du traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide a excité l'attention du public médical ; les Sociétés savantes de notre ville et la presse médicale de Paris aussi bien que celle de Lyon commencent à discuter des faits qui deviennent de plus en plus nombreux. C'est sur cette base de l'expérimentation commune et des observations attentives de chaque médecin qu'il convient de discuter.

Laissons de côté les statistiques : que sont les 30 ou 40 cas observés, soit à la Croix-Rousse, soit à l'Hôtel-Dieu, en face de la statistique de Brand (deux mille cas environ), et que sont les statistiques quelconques en dehors de l'analyse et de l'appréciation clinique ?

En effet, c'est en vain que l'expression courante a consacré le mot : *brutal comme un chiffre ;* il s'en faut de beaucoup que le chiffre soit aussi brutal qu'on le dit, aussi inflexible qu'on le croit ; bien au contraire, et si l'on sait s'y prendre, il est aussi complaisant pour un médecin que pour un ministre des finances. Ceci ne s'applique point, bien entendu, à la statistique du docteur Brand, dont l'honorabilité parfaite ne saurait être atteinte de pareils

(1) Consulter, pour les détails d'application de cette méthode, le mémoire de M. Frantz Glénard (*Lyon Médical*, nº du 28 septembre 1873).

soupçons; mais, en dehors de là, l'esprit du lecteur peut rester encore en suspens en face d'une statistique *trop belle ;* on peut se demander si tout inventeur n'est pas plus ou moins suspect d'une tendresse paternelle pour sa méthode, s'il n'a pas apporté au triage des faits une partialité excusable et involontaire? Enfin, même en supposant qu'une statistique très-nombreuse ait été dressée avec intelligence et bonne foi, nous avons bien, il est vrai, une présomption de plus en faveur de la thèse qu'on nous propose, mais non pas une démonstration irrécusable. En veut-on la preuve? Sydenham a fait, dans l'espace d'une ligne, une statistique bien curieuse, c'est celle des nombreuses scarlatines qu'il avait observées dans sa longue et glorieuse carrière médicale, et voici ce qu'il en dit : *Hoc morbi* NOMEN (*vix enim altius assurgit*). Je dis que ces mots ou ce jugement équivalent à la statistique de Sydenham et que s'il avait vu seulement avant de l'écrire deux ou trois faits de scarlatine à forme ataxique, il n'aurait pas traité cette maladie redoutable avec autant de dédain. On pourra donc toujours, en face d'une statistique quelconque, se réfugier dans les réserves mentales ordinaires : les épidémies ne se ressemblent pas..... Tous les traitements, même les plus ineptes, ont eu leur série de succès....... Il y a des constitutions médicales qui bouleversent la thérapeutique, servons-nous de cela *pendant que cela guérit*, etc.

Je crois sincèrement que la méthode de Brand peut se passer heureusement de ce décor théâtral, de ces colonnades de chiffres : elle a pour elle quelque chose de plus convaincant, de plus délicat, de plus clinique, en un mot de plus médical, et c'est sur ce point spécial que je fais appel à l'observation et au témoignage de mes collègues des hôpitaux qui ont appliqué ce traitement.

N'est il pas vrai, sauf les cas de dothiénentérie abortive ou douteuse, que la stupeur typhoïde est à peu près inséparable de la fièvre, et que, plus ou moins prononcée selon les cas, elle se maintient en général, si même elle n'augmente jusqu'à la période de réparation pour le moins ? Or, en appliquant la méthode de Brand, j'ai toujours vu en deux ou trois jours la disparition presque complète de ce phénomène ; et c'est un fait vraiment saisissant que cette transformation rapide du facies et de toute la tenue extérieure des malades. Comment garder un doute sur l'action toute spéciale du traitement, lorsqu'on les voit les uns après les autres, comme obéissant à un mot d'ordre, sortir absolument

de la règle commune ? lorsque, heure par heure, bain par bain, l'observateur voit reparaître la couleur rosée et naturelle de la langue et des lèvres, l'intelligence ouverte, l'ouïe, la parole facile, les yeux brillants et interrogateurs, la force enfin qui permet au malade de prendre sur sa table ou sur la planche de son lit les objets qu'il désire, de s'asseoir et de boire seul, d'aller au bain simplement appuyé sur un bras ? A qui persuadera-t-on qu'un malade, qui, dès les cinq ou six premiers jours de la fièvre typhoïde, présente, avec des températures excessives, l'aspect précoce d'une adynamie extrême, telle qu'on ne la voit d'habitude que vers les deuxième et troisième semaines, la langue déjà sèche et brune, les soubresauts des tendons, l'hébétude la plus complète, interrompue seulement par du subdélirium, l'immobilité d'un d'un cadavre, etc., à qui persuadera-t-on, dis-je, que si ce malade, après avoir été traité par les bains, revient en deux ou trois jours à l'état satisfaisant décrit plus haut, il n'y a pas, dans l'influence du traitement quelque chose de vraiment étrange et nouveau ?

Or, c'est là l'histoire exacte d'un malade traité dans la salle du docteur Français, et dont il a bien voulu me communiquer l'observation. C'est à propos de ce malade qu'il me disait, en instituant le traitement : *Pour moi, c'est un homme à peu près perdu, et, s'il s'en retire, le traitement de Brand aura fait une merveille.*

Que dire et que restera-t-il à objecter sur ce point, si des faits moins frappants, il est vrai, mais plus ou moins semblables se sont présentés à chacun de nos collègues ?

Si l'adynamie précoce et excessive est du plus mauvais pronostic, que dirons-nous de l'ataxie dès la première semaine, avec cris, violences, vociférations, tremblements de la langue et des membres, envie de s'enfuir, etc. ? — Je ne crois pas, pour ma part, que le médecin puisse rencontrer au début d'une dothiénentérie un symptôme plus redoutable ; peut être ce signe est-il plus sinistre encore que le précédent. En tous cas, lorsque la première impression du poison morbide sur l'organisme signale ses effets sous l'une de ces deux formes, on peut bien affirmer que la maladie est fort grave et que la lutte sera pénible et chanceuse. Or, nous avons eu affaire à deux cas de ce genre, et, dans les deux cas, vingt-quatre ou quarante-huit heures après le début du traitement, la maladie avait repris, sauf pour sa durée, les allures d'une dothiénentérie presque abortive. Dans les deux cas, cependant, la maladie toujours comprimée et toujours vivace , attestant par là,

sa profonde gravité, a exigé un long traitement. — Je ne sais si je me trompe, mais ces faits me semblent dépasser déjà dans leur valeur une série de chiffres.

Je viens d'exposer les résultats de la méthode en face des formes nerveuses, les plus redoutables de la maladie. Revenons maintenant à l'analyse des principaux symptômes dans les formes communes, et nous reconnaîtrons encore, d'une manière moins saisissante, sans doute, mais pourtant incontestable l'action rapide, évidente, du traitement sur chacun d'entre eux ; plusieurs de nos malades présentaient des complications bronchiques et pulmonaires assez sérieuses pour inspirer de légitimes inquiétudes, à plus forte raison, devait-on éprouver quelques doutes dans le cours d'un traitement par l'eau froide aussi sévère que l'exige la méthode de Brand. Un de nos malades, entre autres, a présenté, dès la première semaine, les signes d'une violente congestion pulmonaire : dans la hauteur presque entière du poumon droit, la percussion dénotait une matité évidente, l'auscultation un souffle très-marqué ; les crachats étaient adhérents, visqueux et difficilement expectorés ; la toux était fréquente et *incessante dans le bain*, elle durait longtemps encore après lui. Les infirmiers eux-mêmes, déjà confiants cependant dans les résultats de la méthode, et les sœurs du service très-inquiètes d'entendre cette toux sans trêve ni repos, nous répétaient à chaque visite que *c'était une pitié* de mettre ce malade au bain, et si l'on eût osé exprimer sa pensée entière, on aurait appelé cela *une barbarie*. Si l'on avait cédé pourtant à toutes ces instances, on aurait eu tort, car je ne crois pas qu'aucun mode de traitement eût donné des résultats aussi rapides pour la solution de cette complication.

Est-ce à dire, pour cela, qu'aucune complication thoracique ne puisse venir contre-indiquer le traitement ? Autant vaudrait dire qu'il n'y a qu'une seule voie, qu'une seule méthode, et qu'elle est infaillible. Citons comme exemple le fait suivant : il s'agit d'un de nos infirmiers, homme de cinquante-cinq ans environ, qui contracta la fièvre typhoïde au milieu des soins incessants qu'il donnait à nos malades.

(A ce propos, j'ouvre une parenthèse pour signaler un fait assez curieux, c'est que deux de nos infirmiers, sur trois ou quatre qui firent ce service, ont contracté la fièvre typhoïde ; celui dont il est question ici était presque un vieillard ; ces deux

faits, mais surtout le dernier, réunis à tant d'autres, concourent à démontrer la contagiosité de la fièvre typhoïde.)

Je reviens à notre malade et à la question des complications thoraciques : Cet homme était affecté depuis plusieurs années de catarrhe et d'emphysème pulmonaires. L'habitude qu'il avait prise d'observer de près les fièvres typhoïdes lui fit bientôt reconnaître son mal, et la vue des résultats obtenus jusqu'alors fit qu'il se soumit avec empressement à un traitement qui lui inspirait pleine confiance. Mais ici les résultats changèrent, et au bout de quelques bains, l'engouement pulmonaire devint si grave, la cyanose et la dyspnée si menaçantes, que le docteur Français, qui lui donnait ses soins, voulut, avant de continuer l'emploi du traitement, prendre l'avis de ses collègues et nous fit l'honneur, au docteur Soulier et à moi, de nous demander notre avis. Nous résolûmes d'un commun accord de suspendre les bains et de recourir promptement à l'emploi de l'ipécacuanha. On eut à traverser une période pleine d'anxiété, le traitement fut long, mais le résultat favorable. En eût-il été de même si l'on se fût obstiné dans l'emploi de l'hydrothérapie? Je n'ose pas dire non, d'une façon absolue, mais je préfère pour le malade et pour nous que cela n'ait pas eu lieu.

Je ne sais pas encore quelle serait l'opinion de Brand au sujet de certaines lésions cardiaques, mais j'espère que bientôt la traduction promise par M. Glénard viendra nous éclairer sur ce point. En tout cas, et en attendant, je ferai pour mon compte les réserves les plus formelles à ce sujet.

En ce qui concerne les symptômes abdominaux, je dois faire en passant cette remarque : c'est que le ballonnement du ventre, cortége habituel de l'adynamie, disparaît avec elle.

Quant à la diarrhée, on a dit à plusieurs reprises qu'elle était un des phénomènes les plus rebelles à la méthode de Brand et même que celle-ci tendait à l'exagérer : examinons les faits sans parti pris et tels qu'ils se présentent ; je serai, comme on va le voir, d'une sincérité absolue. J'avoue tout d'abord que, d'après l'ensemble des faits que j'ai pu observer, c'est le seul des symptômes essentiels de la maladie sur lequel le traitement ne paraisse pas exercer une de ces actions décisives que j'ai signalées précédemment. Chez la plupart des malades, elle s'est notablement amendée ; mais chez quelques-uns d'entre eux, elle a reparu dans la dernière période ou durant la convalescence et persisté d'une

manière assez inquiétante. Voici l'explication que je crois pouvoir donner de ce fait : M. Glénard a signalé avec beaucoup de raison ce phénomène frappant, je ne dirai pas du réveil, mais de l'excitation et de l'exagération de l'appétit jusqu'à la *voracité*. Or, si cette énergie de l'appétit est un des témoignages les plus saisaissants et les plus flatteurs de l'action vraiment héroïque du traitement, elle peut aussi avoir ses inconvénients comme toutes les bonnes choses ; et, quant au sujet qui nous occupe, qui peut nous répondre qu'il ne faudra pas accuser plutôt les malades que le traitement? Qu'on se représente nos malades tels qu'ils sont, c'est-à-dire non plus des typhoïdes ordinaires, étendus comme des masses inertes, détournant la tête avec dégoût devant un simple bouillon, mais comme des êtres souvent affamés, très-alertes du reste, fort capables de se lever et de tout inventer pour calmer leur fringale, et l'on comprendra que, dans les hôpitaux surtout, où la surveillance ne saurait être parfaite, où chaque camarade est un complice, les provisions du voisin, dévorées indifféremment avant ou après les bains, puissent expliquer bien des choses. Quant à moi, je suis convaincu que la plupart de ces diarrhées persistantes ne doivent pas être portées au compte de la méthode de traitement, et je traduirai ma pensée par cette antithèse : *C'est un des inconvénients de ses avantages.* Je ne sais si j'aurai persuadé, mais je ne parle point comme l'avocat d'un mode spécial de traitement au mérite duquel je n'ai rien à prétendre ; je ne suis qu'un témoin désintéressé, et je crois que, dans la majorité des cas, il en est ainsi que je l'ai dit.

Ces réserves faites, voici ce que j'ai pu observer : deux de nos malades étaient sortis entièrement guéris ; ils avaient encore au départ ce florissant appétit dont nous venons de parler ; leur santé et leurs forces étaient irréprochables depuis plusieurs jours ; nulle trace de diarrhée depuis longtemps. Ils exigèrent leur *exeat*, et j'ai tout lieu de croire que ce fut surtout pour se soustraire au contrôle gênant du médecin. A quelque temps de là, je rencontrai l'un d'entre eux dans la rue, et il me dit que la diarrhée avait reparu ; je lui donnai les conseils d'hygiène nécessaires et je ne le revis plus. Le second rentra dans le service avec une diarrhée très forte ; soumis au régime voulu, il vit son état s'améliorer, mais il sortit encore avant sa guérison complète. Qu'en est-il advenu? je l'ignore ; tout ce que je puis dire c'est que ces deux malades, à leur sortie du service, étaient guéris et bien guéris,

mais que, s'ils ont imprudemment troublé leur convalescence, la méthode du traitement n'a plus rien à y voir.

Mais voici un dernier fait, et celui-ci le plus intéressant, car il s'agit d'un malade dont le traitement, pris à temps et continué suivant toute la rigueur de la méthode, semble nous offrir jusqu'à ce jour le premier cas d'insuccès : le malade est un jeune homme de constitution médiocre, très-franchement lymphatique, qui a eu plusieurs atteintes et récidives de fièvres intermittentes et la rate remarquablement grosse. Le traitement commence dès la première semaine au milieu d'un état ataxique très-prononcé ; la veille il s'est levé en plein délire et s'est échappé en chemise de la salle ; poursuivi dans les corridors et les escaliers, il est ramené dans son lit ; les phénomènes ataxiques cessent dès les premiers jours du traitement, et tout semble suivre la marche ordinaire, sauf sur deux points : persistance d'une assez forte diarrhée et continuation de l'état fébrile au-delà des limites ordinaires. Cependant la fièvre semble baisser peu à peu, les bains s'espacent de plus en plus, et le phénomène critique ordinaire à nos malades (éruptions furonculeuses) semble annoncer enfin le début de la convalescence. Il faut noter pourtant que cette éruption n'a pas l'aspect vif et florissant qu'elle offre d'ordinaire ; elle est pâle et atonique, elle creuse et ulcère les tissus ; une double otorrhée purulente se déclare ; la fièvre a quelques retours agressifs surtout le soir, puis surviennent des chutes de température au-dessous de la moyenne, puis des retours de fièvre irréguliers, et enfin, durant tout ce temps, la diarrhée persiste. En même temps, le malade accuse des points douloureux dans la poitrine, il tousse fréquemment, la percussion dénote des points de matité multiples, le dépérissement va croissant et les jambes s'œdématient. Dans des conditions pareilles et qui ne rappellent plus en rien le cycle thermique de la fièvre typhoïde, il va sans dire que les bains furent suspendus, que tout fut mis en œuvre pour arrêter la diarrhée, qu'on apporta tous ses soins au traitement des phénomènes pulmonaires, etc., mais le succès ne répondit pas à nos efforts ; le malade est encore vivant, et, s'il est vrai que la maladie, en tant que fièvre typhoïde, est terminée, il n'en est pas moins probable que les suites seront fatales.

On a bien dit, il est vrai, qu'il y avait incompatibilité entre la fièvre typhoïde et la phthisie, mais il n'en est pas moins vrai que cette diarrhée persistante, cette toux fréquente, ces points mats

à la percussion, très-manifestes et indubitables, ce dépérissement croissant, tout semble annoncer une maladie surajoutée et c'est là le premier échec véritable de notre traitement que je dois signaler. J'ajouterai encore, pour être absolument impartial, que je n'ai relevé dans sa famille rien qui puisse faire soupçonner l'hérédité.

Voilà les quelques faits et réflexions que je voulais soumettre à l'appréciation du public médical. Quant à mon opinion personnelle sur l'influence de ce traitement en général, je dirai, comme témoin impartial et désintéressé (puisque je n'ai dans la question aucun mérite personnel à revendiquer, pas même celui de la vulgarisation de la méthode), je dirai que je le considère comme le plus énergiquement efficace qui me soit connu, que, s'il est toujours utile dans les cas moyens, il est indispensable et héroïque dans les cas très-graves et qu'enfin j'appelle de tous mes vœux l'expérimentation et le contrôle de tous les médecins, seule base équitable d'un jugement définitif. Mais j'insiste sur un point très-essentiel dont l'oubli pourrait altérer gravement l'appréciation sincère de la méthode : pour juger un mode de traitement, il faut le suivre dans sa rigueur, *n'y rien ajouter*, *n'y rien retrancher*, en un mot comparer des faits comparables, sinon on a bien le droit de juger sa propre méthode, mais non pas celle d'autrui.

Ces réserves faites, j'ai pleine confiance dans le verdict qui rendra l'expérimentation commune, et je suis convaincu que la vulgarisation de la méthode de Brand sera pour nous un véritable bienfait. En effet, et bien que cela puisse sembler par trop positiviste, il est raisonnable pourtant de faire la réflexion suivante : un malade atteint de fièvre typhoïde a généralement une valeur *économique* toute spéciale; c'est un sujet habituellement jeune ou au moins dans la force de l'âge; la maladie atteint souvent les sujets les plus robustes, les plus exempts de toute tare héréditaire; la guérison une fois établie est définitive et complète et ne laisse pas dans le milieu social un infirme à soigner ou un foyer de contagion à redouter. Que l'on veuille bien comparer ces conditions avec celles dans lesquelles s'offrent à nos soins la plupart de nos malades et l'on comprendra toute l'importance que présente l'étude de cet excellent mode de traitement.

SUR LA MÉTHODE DU PROFESSEUR ESMARCH POUR ASSURER L'HÉMOSTASE DANS LES OPÉRATIONS;

Par M. le docteur P. MARDUEL.

Au mois d'avril 1873, le professeur Esmarch (de Kiel) a fait connaître à ses confrères allemands, réunis en congrès, une méthode imaginée par lui pour arriver à pratiquer un certain nombre d'opérations en évitant au malade toute, ou du moins à peu près, toute perte de sang. Cette méthode, expérimentée à l'heure qu'il est par plusieurs chirurgiens allemands, anglais et français, nous a paru intéressante à étudier d'une manière analytique et critique, quoique plus d'un journal français l'ait déjà signalée. La plupart de nos journaux se sont contentés jusqu'ici d'analyser ou de traduire une note de Billroth, publiée, le 19 juillet 1873, par la *Wiener medizinische Wochenschrift*. C'est ce qu'ont fait la *Gazette médicale de Paris* (n° du 16 août), le *Progrès médical* (n° du 11 octobre 1873), la *Gazette médicale de Strasbourg* (n° du 1er octobre 1873), celle-ci en y ajoutant toutefois les essais tentés par MM. Eug. et J. Bœckel; enfin, la *Revue des sciences médicales* (t. II, p. 997, 15 octobre 1873). On peut s'étonner à bon droit que cette dernière ait simplement consacré quelques lignes à l'analyse de la note de Billroth sur la méthode d'Esmarch. Assurément, le nouveau mode opératoire du professeur de Kiel méritait, mieux que certaines thèses ou certains mémoires amis, compendieusement analysés dans ce recueil, les honneurs d'une étude sérieuse et d'une critique attentive. En tout cas, l'auteur de l'article aurait pu, au lieu de résumer simplement l'article de Billroth, remonter à la communication originale d'Esmarch (parue le 11 août dans la *Berliner Klinische Wochenschrift*), et faire ainsi connaître aux lecteurs de la *Revue des sciences médicales*, en même temps que l'appréciation du professeur de Vienne, le travail original d'Esmarch, et les résultats obtenus aussi bien par l'auteur de la méthode que par un certain nombre de chirurgiens allemands et anglais, qui l'ont employée après lui. Nous n'en voulons, du reste, qu'à demi au collaborateur de M. Hayem, puisque l'insuffisance de son article

nous laisse l'occasion de tenter aujourd'hui une étude critique sur ce moyen d'hémostase.

Deux journaux seulement ont jusqu'ici analysé les travaux d'Esmarch lui-même : la *Gazette médicale de Paris* a fait connaître, dans son numéro du 8 novembre 1873, la communication d'Esmarch au congrès des chirurgiens allemands ; et le *Progrès médical* (nº du 22 novembre 1873) a résumé la brochure récemment publiée par ce chirurgien.

Le 12 novembre 1873, M. Demarquay, en présentant à la Société de chirurgie la brochure d'Esmarch, a fait connaître et la nouvelle méthode telle qu'il l'a vue mettre en œuvre à Vienne, soit par Esmarch lui-même, soit par le professeur Mosetig, et les essais qu'il a de son côté tentés à Paris. Cette communication a donné lieu, dans le sein de la savante Société, à une discussion intéressante, sur laquelle nous aurons, du reste, à revenir dans le cours de cet article.

Enfin, dans le numéro de décembre 1873 des *Archives générales de médecine*, M. Paul Hybord a fait une étude critique sur la méthode d'Esmarch, en se servant spécialement de la note de Billroth et des journaux anglais.

Malgré ces divers articles et la discussion de la Société de chirurgie, il nous a semblé qu'il restait encore une place pour un travail critique plus complet sur cette intéressante question. Journaux anglais, allemands et italiens, travail original du professeur Esmarch, qu'il a bien voulu nous faire parvenir immédiatement sur notre demande, telles sont les sources auxquelles il nous a été donné de puiser. Aussi allons-nous essayer, dans cette étude analytique et critique à la fois, d'exposer comment la méthode est née dans l'esprit de son auteur, comment il l'a mise en pratique et quels résultats il en a obtenus, comment d'autres l'ont employée et appréciée à leur tour, et quel jugement on en peut porter aujourd'hui ; nous terminerons, enfin, en discutant la question de priorité et en examinant si la méthode mérite bien réellement de porter le nom d'Esmarch, sous lequel elle est actuellement connue en Allemagne et en Angleterre.

I.

De tous temps, on le sait, les chirurgiens se sont préoccupés de l'hémostase à obtenir pendant les opérations. Sans passer en revue tous les moyens mis en usage pour cet objet, il

suffira de rappeler le lien constricteur employé au moyen âge, les amputations faites avec des couteaux chauffés à blanc, bientôt remplacées, grâce à Ambroise Paré, par la compression de l'artère principale du membre, d'indiquer les divers garrots et tourniquets compresseurs, de mentionner les méthodes modernes de l'écrasement linéaire, de la galvano-caustique et des amputations par les caustiques, et d'ajouter que la compression de l'artère principale faite par les doigts d'un aide exercé était devenue et restée jusqu'à l'heure actuelle la méthode idéale, malgré les tentatives de M. Verneuil pour la supprimer. On s'est tellement préoccupé de cette idée que le patient doit perdre le moins de sang possible, qu'un certain nombre de chirurgiens, il y a quelque trente ou quarante ans, étaient arrivés dans ce but (était-ce bien le seul ?) à pratiquer les amputations avec une rapidité vertigineuse et très-théâtrale à coup sûr. On pourrait citer chez nous plusieurs noms qui sont encore dans la mémoire de tous. En Allemagne, l'homme le plus étonnant sous ce rapport fut C.-J.-M. Langenbeck, à propos duquel Esmarch raconte l'historiette que voici : Alors qu'Esmarch étudiait la chirurgie à Gottingen sous ce maître illustre, un chirurgien de haute réputation et de grand âge vint à la clinique dans l'unique intention de voir par ses propres yeux une de ces opérations si rapidement exécutées. Langenbeck lui promit de pratiquer devant lui une désarticulation de l'épaule par sa méthode. Au moment où l'opérateur allait commencer, le vieux chirurgien se détourna pour prendre une prise ; quand il se retourna, l'opération était terminée.

Il y a treize ans, M. Verneuil, dont l'esprit inventif est toujours en quête de choses nouvelles, découvrit tout à coup à la compression de l'artère principale du membre une série d'inconvénients et de dangers qu'il a signalés par la plume de deux de ses élèves, MM. Petit (1) et Pillet (2). Ce dernier reproche à la compression d'être toujours plus ou moins difficile et parfois presque impossible, d'exiger un aide spécial qu'on ne trouve pas communément (surtout en province), d'être souvent insuffisante, et de

(1) Petit, *De la phlébite inguinale consécutive à la compression de la fémorale au pli de l'aine*, note présentée à la Société de chirurgie, le 31 mai 1871.

(2) Ch. Pillet, *De la suppression de la compression digitale préliminaire dans l'amputation des membres*. Thèse de Paris, 1873.

provoquer, au point où elle est appliquée, des accidents locaux qui, pour être assez rares, n'en sont pas moins réels et dangereux. Parmi ces accidents, il faudrait signaler en première ligne la phlébite inguinale, dont M. Verneuil a cité trois exemples, dès 1861, à la Société de chirurgie, dont M. Petit a rapporté deux nouvelles observations en 1871, dont M. Desprez a signalé deux cas en 1861, et dont M. Pillet relate un nouvel exemple dans sa thèse. Quoi qu'il en soit, M. Verneuil proposa de procéder de la manière suivante dans les amputations en supprimant la compression. D'abord, on devra employer le procédé à lambeaux. Dans le premier temps, le chirurgien trace les lambeaux au moyen d'une incision comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; il procède alors à la recherche de l'artère, la découvre, l'isole et la lie ; il est également recommandé de lier les grosses veines ; on achève alors le lambeau jusqu'à l'os, qu'on dénude ; on procède de la même manière pour le second lambeau, et on sectionne l'os. On n'a point démontré encore d'une manière suffisante ce que vaut ce procédé au point de vue de l'hémostase ; mais on ne pourra lui reprocher à coup sûr sa trop grande rapidité.

M. Guyon est arrivé à quelque chose de bien préférable ; depuis plus d'une année, il met en usage un moyen hémostatique qui a pour but de supprimer les pertes abondantes de sang veineux qui ont lieu dans les amputations et qui ne peuvent être empêchées par la compression artérielle. Pour cela, il fait d'abord élever fortement le membre par les aides au moment où commence la chloroformisation, et il fait maintenir le membre ainsi élevé jusqu'à ce que la narcose soit complète. Avant d'abaisser le membre, il fait commencer la compression artérielle, afin d'arrêter tout apport de sang dans les veines, déjà complètement vidées sous l'influence de la position ; puis on place un lien constricteur, très-fortement serré, *immédiatement au-dessous* du point où doit être pratiquée la section, et l'on fait placer le membre en position pour opérer. M. Guyon, qui a mis ce moyen en usage dans une série de grandes opérations, a été étonné de la minime quantité de sang perdue par les malades. MM. Verneuil et Lannelongue ont mis plusieurs fois ce procédé en pratique, et avec un succès complet.

Telles sont les diverses tentatives faites dans ces derniers temps pour assurer l'hémostase dans les opérations. Nous pouvons exposer maintenant la méthode du chirurgien allemand.

II.

C'est en 1855 qu'a germé chez Esmarch l'idée qu'il a si heureusement développée depuis. Ayant pratiqué une amputation de cuisse pour un volumineux ostéosarcome et ayant ensuite examiné le membre enlevé, il fut épouvanté de la quantité de sang encore contenue dans ses vaisseaux; dès ce jour, il se promit que ce sang serait conservé désormais à l'opéré. Aussi, depuis cette époque, il a toujours entouré les membres à amputer d'un bandage roulé fortement serré, de manière à en faire refluer la plus grande quantité possible du sang qu'ils renferment. C'est ainsi qu'il a procédé jusqu'en 1871 dans tous les cas d'amputations et de désarticulations; en agissant de cette façon, et avec l'aide de la compression de l'aorte, il a pu pratiquer la désarticulation de la hanche avec une perte de sang très-faible. De cette manière, dit-il, il n'avait encore qu'un résultat incomplet, parce qu'il n'entourait le membre d'un bandage roulé que jusqu'aux limites du mal, ou tout au plus jusqu'au champ opératoire, et surtout parce qu'il se contentait avec cela de la compression digitale exercée sur l'artère principale. Aussi, dans les cas où il fallait compter avec les conditions anatomiques et où il était de la dernière importance de perdre peu de sang, il opérait aussi vite que possible. Ainsi, par exemple, pour une amputation par la méthode circulaire, il divisait d'un coup toutes les parties molles jusqu'à l'os, sciait rapidement celui-ci au niveau de la section des parties molles, puis liait les vaisseaux; enfin, une fois l'hémostase faite, il régularisait son amputation en dénudant l'os et le sciant de nouveau quelques centimètres plus haut. S'agissait-il d'une désarticulation coxo-fémorale, son manuel opératoire était ainsi réglé : ligature en bloc des vaisseaux fémoraux dans le lambeau antérieur, incision circulaire à travers les muscles, section rapide de l'os au niveau de cette incision; puis, ligature individuelle de chaque vaisseau, et, cela fait, désarticulation de la tête fémorale. Il alla même plus loin dans un cas; l'opération terminée, il injecta dans la veine fémorale le sang écoulé pendant l'opération et préalablement défibriné.

C'est encore pour éviter au patient une perte de sang et débarrasser le chirurgien de l'obscurcissement incessant du champ opératoire par l'écoulement sanguin, que Dieffenbach, dans l'extirpation de tumeurs érectiles comprenant presque toute l'épais-

seur de la joue, se servait d'une pince terminée par deux anneaux ovales entre lesquels il comprimait solidement le pourtour de la tumeur; de la même manière agit la pince de Desmarres et de Snellen pour l'extirpation des tumeurs des paupières, pince qu'on pourrait aussi bien utiliser dans les opérations pratiquées sur les lèvres. Enfin, Esmarch, quand il a à enlever une tumeur érectile reposant sur une base dure, comme au crâne, fait presser par les doigts d'un aide, autour de la tumeur, un anneau de corne ou d'étain. Mais, ce qu'il cherchait, c'était un procédé semblable applicable aux grandes opérations; il y a longtemps songé, et il est enfin arrivé, grâce à l'emploi du caoutchouc faisant la compression élastique, au procédé qu'il met en usage depuis le commencement de cette année (1873), et qu'il a fait connaître, au mois d'avril, au congrès des chirurgiens allemands.

Voici comment se comporte le professeur de Kiel, d'après sa communication au congrès et une leçon clinique (1) :

S'agit-il d'une amputation de cuisse ou de jambe, il enroule fortement autour du membre, depuis les orteils jusqu'à la partie supérieure de la cuisse, une bande de caoutchouc; on obtient ainsi le reflux dans la circulation générale du sang contenu dans les vaisseaux du membre; puis, pour empêcher l'accès par les artères d'une nouvelle quantité de sang, il passe par dessus ce bandage, à la partie supérieure de la cuisse, un tube de caoutchouc de la grosseur du pouce, et le serre fortement autour du membre, de manière à supprimer complètement la circulation; si l'on a affaire à un sujet très-musclé, on peut, pour plus de sûreté, placer en outre un tampon sur le trajet de la fémorale. On enlève alors la bande roulée et l'on commence l'amputation; on a sous les yeux un membre complètement anémié, pâle, et l'on opère tout à fait à sec. L'opération terminée, on lie les artères principales, que l'on trouve facilement avec l'œil, aidé des données anatomiques; puis, après avoir enlevé le tube constricteur, on procède à la ligature des artères plus petites, qui donnent alors du sang. On procède identiquement de la même manière pour le membre supérieur. S'agit-il, comme dans le cas qui a servi

(1) *Ueber Blutersparung bei Operationen an den Extremitætem*, lu au second congrès des chirurgiens allemands et rapporté par la *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 32, 1873.

Ueber Bluterleeren bei Operationen, in *Volkmann's Sammlung Klinischer Vortræge*, 1873.

d'occasion à la leçon d'Esmarch (trad. dans le *London medical Record*, 22 et 29 octobre 1873), d'une nécrose du tibia, on procède de la même manière, et l'on fait ensuite toute son opération, incision des parties molles, section de l'os nouveau, extraction du ou des séquestres, ruginage des cloaques, sans qu'il s'écoule une goutte de sang, comme si l'on opérait sur le cadavre. Le malade dont il est question dans cette leçon clinique, affecté de nécrose des deux tibias, a pu subir dans la même séance une double opération, Esmarch opérant sur une jambe et son assistant sur l'autre, sans perdre plus d'une cuiller à thé de sang. Esmarch dit combien il a regretté, le jour où il a usé de cette méthode pour la première fois, de n'avoir pas eu recours plus tôt à un procédé si simple et si efficace. Si le membre sur lequel on opère est le siége de plaies, on l'enveloppe avant de rouler la bande élastique, avec du papier verni ou du taffetas ciré.

Cette méthode est applicable, avec un succès plus ou moins complet, à presque toutes les opérations qui se pratiquent sur les membres : amputations, résections, ligatures, ablation de tumeurs, extraction de séquestres, évidement des os. Il y a une distinction à faire, au point de vue de l'application du procédé, suivant qu'il s'agit d'une amputation ou d'un autre genre d'opération. Dans les amputations, il faut, comme nous venons de le dire, enlever le lien circulaire dès qu'on a lié toutes les artères reconnaissables à l'œil ; on a d'abord une exsudation sanguine en nappe, puis on distingue les petites artères et on les lie ; il ne se perd jamais ainsi qu'une très-faible quantité de sang. Dans les autres opérations, au contraire, on n'enlève le tube de caoutchouc serré autour du membre qu'après avoir achevé le pansement, ou même plusieurs heures après.

On peut encore appliquer la méthode aux opérations pratiquées sur les organes génitaux de l'homme. A-t-on à faire l'ablation du testicule ou l'amputation de la verge, par exemple, on passe un petit tube de caoutchouc derrière la racine des bourses, on croise les deux chefs sur le pubis et on les noue en serrant fortement derrière le sacrum. Esmarch a exécuté plusieurs fois par ce procédé la castration et l'amputation de la verge, en ne faisant perdre au malade que la petite quantité de sang contenue dans l'organe au début de l'opération. Si l'on veut conserver même ce sang-là, par exemple dans les cas d'ablation de tumeurs volumineuses du

testicule, on entourera préalablement le scrotum d'un bandage élastique serré, comme on le fait pour les membres.

Ce n'est que peu à peu, après divers essais, et en apportant des modifications successives, qu'Esmarch est arrivé à compléter sa méthode actuelle. En outre, une étude expérimentale sur les conditions physiques et physiologiques de ce mode d'hémostase a été entreprise par un de ses élèves, le docteur Petersen, qui en a consigné les résultats dans sa dissertation inaugurale (*Ueber Künstlichen Ischœmia bei Operationen, De l'ischémie artificielle dans les opérations*, Kiel, 1873). Esmarch, tout en faisant ressortir les avantages considérables de sa méthode, ne se dissimule pas qu'elle a des applications limitées, qu'on peut lui faire des objections et lui trouver des contre-indications. En attendant d'examiner plus loin ces différents points, signalons les résultats obtenus par le professeur de Kiel. Du 1er au 15 août 1873, cette méthode a été employée par lui dans 87 opérations, dont 21 amputations et désarticulations (parmi lesquelles 6 amputations de cuisse, 8 de jambe, 1 désarticulation de l'épaule), 8 résections, 13 opérations de nécrose, 5 ablations de tumeurs; il y a eu seulement 4 morts. Dans les amputations, il y a eu le plus souvent réunion par première intention, et presque jamais il n'y a eu de fièvre traumatique.

Telle est en substance la part d'Esmarch dans cette importante question. On trouvera peut-être que je me suis trop longuement étendu sur les préliminaires, sur les phases par lesquelles a passé l'esprit de ce chirurgien avant d'adopter et de formuler sa méthode actuelle ; si je l'ai fait, c'est qu'il est toujours intéressant de voir comment un homme qui travaille, un esprit qui cherche, est amené du point de départ au résultat définitif.

(*La suite au prochain numéro.*)

DE L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DE LA MÉNINGITE ;

Par le docteur H. Debauge.

Les préparations de quinine peuvent, dans quelques circonstances, être mises en usage contre la méningite à titre de médicaments antipériodiques. La science possède un certain nombre

d'observations de cette maladie, où des exacerbations, revenant à heure à peu près fixe, indiquaient qu'à l'inflammation était venu se joindre l'élément intermittent, réclamant son traitement spécial.

Les exemples les plus remarquables de cette espèce de méningite à forme rémittente nous sont fournis par l'épidémie qui, en 1841 et 1842, régna dans les hôpitaux militaires de Versailles, Strasbourg, Metz d'abord, et plus tard de Lyon, Marseille, Avignon. Presque tous les malades atteints de méningite présentaient, à côté d'un calme relatif très-prononcé pendant la journée, des exacerbations nocturnes d'une violence extrême.

Les traitements antiphlogistiques les plus énergiques n'obtenaient aucun bon résultat, et seuls les docteurs Durand à Lyon, Peysson à Metz, Misttler à Schelestadt purent enrayer les progrès de la maladie en s'adressant à l'élément intermittent et en lui opposant son médicament spécifique.

La relation des succès des trois médecins militaires que nous venons de citer a été conservée par un mémoire inséré dans les archives de médecine du mois de septembre 1844. Les observations que nous y lisons nous montrent qu'il n'a pas été nécessaire, pour arriver à l'effet désiré, d'employer de fortes doses de quinine : 30 à 50 centigrammes ont suffi pour obtenir, dès le premier jour, une diminution notable et souvent la suppression immédiate des accès nocturnes ; après ce premier résultat, les autres symptômes de la méningite s'amendaient rapidement, et, au bout de quelques jours, la guérison était complète.

Après avoir signalé le premier mode d'emploi de la quinine dans le traitement de la méningite, nous devons reconnaître que ce n'est pas lui qui se trouvera le plus souvent indiqué dans la pratique médicale. La méningite présente rarement la forme intermittente. Elle a d'habitude une marche régulièrement progressive qui exclut toute idée de médication antipériodique ; et la quinine ne serait pas fréquemment de mise contre cette maladie, si elle n'avait d'autre propriété thérapeutique que de suspendre les accès intermittents.

Mais le champ d'action de la quinine est loin d'être aussi borné. En ayant le soin d'en élever la dose, on arrive à en obtenir des effets contro-stimulants qui permettent de la ranger dans la classe des antiphlogistiques. Elle possède d'ailleurs, comme nous le verrons plus loin, une influence sédative toute spéciale sur les

centres nerveux ; et, de toutes les phlegmasies, ce sont les inflammations du cerveau, de la moelle et des méninges rachidiennes qui sont le plus efficacement combattues par cette médication. C'est ce que nous allons essayer de démontrer dans ce travail.

L'emploi de la quinine à dose élevée, dans le traitement de l'inflammation en général et de la méningite en particulier, n'est pas une idée nouvelle. Cette méthode de traitement est connue ou plutôt devrait être connue depuis une quarantaine d'années. Malheureusement, les travaux et les observations des praticiens qui se sont trouvés à même d'en constater les bons effets, n'ont pas obtenu toute la faveur qu'ils méritaient, et il nous paraît utile d'appeler de nouveau l'attention sur ce sujet.

La découverte des propriétés contro-stimulantes de la quinine, découverte qui devait conduire à celle de ses propriétés antiphlogistiques, est due aux médecins italiens, aux élèves de Rasori. Le professeur Giacomini (de Padoue) a été le premier à mettre en lumière, au moyen de nombreuses expériences, l'action hyposthénisante de cet alcaloïde. Le résultat des études entreprises par Giacomini est consigné dans le *Giornale analitico di medicina d'Omodei* de 1840. Le professeur de Padoue appuyait ses assertions sur ce fait, contrôlé plusieurs fois par lui, que l'action de la quinine donnée à dose toxique est augmentée par l'administration concomitante de substances contro-stimulantes, comme l'eau de laurier-cerise, et combattue au contraire par l'action de médicaments d'un ordre opposé, comme l'alcool. Les expériences de Giacomini ont été répétées en Italie par Landri, Balardini, Lødi, Bergnoni, et complètement confirmées par les résultats qu'ont obtenus ces divers observateurs. Quelques mois, du reste, après la publication de son premier travail, le professeur de Padoue a eu l'occasion de voir au lit du malade les données qu'avaient fournies ses recherches sur les animaux, justifiées par l'observation clinique.

Un homme apporté à l'hôpital, après avoir, dans une tentative d'empoisonnement, absorbé une dose de 12 grammes de sulfate de quinine, a pu être rappelé à la vie par un traitement énergique dont les stimulants diffusibles ont fait tous les frais.

L'école italienne n'a pas tardé à mettre à profit, dans la pratique médicale, la découverte de Giacomini. Le nouvel hyposthénisant a

été employé dans le traitement des pyrexies et dans celui des phlegmasies.

En 1840, le docteur Broqua (de Plaisance), dans un mémoire qu'il adressait à l'Académie de médecine de Paris, conseillait de traiter par ce médicament la fièvre typhoïde. Il prétendait en enrayer la marche par l'administration de 10 centigrammes de sulfate de quinine toutes les heures, jusqu'à extinction de tout mouvement fébrile.

Une pareille méthode de traitement, appliquée indifféremment à toute espèce de fièvre typhoïde, était une exagération des principes et de la pratique de l'école rasorienne. Mais il est resté démontré, par les observations du docteur Broqua et de ses compatriotes, que l'administration de la quinine a pour résultat l'abaissement du pouls, la diminution de la chaleur, et peut, par conséquent, être appelée à rendre de bons services toutes les fois que l'exagération du mouvement fébrile et la menace de mouvements fluxionnaires ou inflammatoires nécessitent une médication contro-stimulante.

Les applications de la quinine au traitement des maladies inflammatoires par les médecins italiens ont été plus nombreuses que celles qui en ont été faites aux pyrexies. Cette médication a été mise en usage, en Italie, contre les diverses phlegmasies tant des organes parenchymateux que des viscères membraneux; et, de 1840 à 1845, les journaux de ce pays rapportent de très-nombreux faits de pneumonies, de pleurésies et de phlegmasies gastro-intestinales, traitées de cette façon avec succès par Rasori, Tommasini, Giacomini et divers autres praticiens qu'il serait trop long d'énumérer.

Les notions émises par l'école italienne sur l'action hyposthénisante des sels de quinine, et les conséquences pratiques qui peuvent en être déduites, ne sont pas restées méconnues de la médecine française. Nos compatriotes ont vu bien vite, eux aussi, que les alcaloïdes du quinquina ont deux modes d'action différents, suivant la dose à laquelle ils sont administrés. A faible dose, les sels de quinine relèvent les forces, activent la circulation, raniment les fonctions digestives; et quelques médecins, parmi lesquels nous citerons le docteur Peysson (de Metz), ont pu, en les faisant prendre à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour chez l'adulte, trouver en eux un excellent médicament pour faciliter et rendre plus rapide la convalescence des fièvres graves. Mais, à

dose élevée, la quinine change d'action, et MM. Bouchardat, Ménière, Trousseau ont tous reconnu que, dans ces conditions, elle opère comme hyposthénique. Bien que nous soyons restés un peu trop en retard sur les médecins italiens dans la voie des applications pratiques des propriétés contro-stimulantes des alcalis du quinquina, nous pouvons citer déjà un certain nombre de praticiens qui les ont utilisées dans nos hôpitaux, soit contre les fièvres, soit contre les phlegmasies,

Ainsi, voyons-nous, à la suite du docteur Broqua, MM. Briquet, Blache, Husson, Jadelot, Guéneau de Mussy, Pereira, Champeaux, Martin Solon, traiter la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine. Ils ne cherchent pas, il est vrai, comme le médecin de Plaisance, à juguler la maladie; ils se proposent seulement de maintenir par une médication contro-stimulante le mouvement fébrile dans des proportions convenables.

Le traitement des maladies inflammatoires par la méthode italienne, par le sulfate de quinine, a eu pour premiers partisans parmi nous les médecins militaires attachés à l'armée d'Afrique. Dans sa thèse inaugurale soutenue en 1848, à Montpellier, sur les propriétés antiphlogistique du sulfate de quinine, le docteur Favier rappelle que, depuis 1840, cette médication était fréquemment mise en usage avec succès par M. Jubiot contre différents cas de fièvre inflammatoire, de pneumonie, de pleurésie, de dyssenterie. La dose employée était de 15 décigrammes à 2 grammes par jour. Dans le journal de la Société de médecine de Montpellier (mars 1844), nous trouvons plusieurs faits de pneumonie, de pleurésie traités de cette manière par le docteur France. Le journal de thérapeutique de Rognetta donne également quelques observations analogues tirées de la pratique du docteur Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris. La *Gazette médicale* de 1849 cite deux guérisons d'uréthrite obtenues par le docteur Fiels, au moyen du sulfate de quinine donné à la dose de 12 décigrammes. Le même praticien a pu arrêter la marche du croup avec des doses de 6 à 12 décigrammes par jour.

La phlegmasie qui nous intéresse plus spécialement dans ce travail, celle des enveloppes du cerveau, n'est pas restée oubliée des médecins français qui ont fait attention aux propriétés antiphlogistiques de la quinine. Cette méthode de traitement a été mise en usage contre la méningite par MM. Delens, Mélier, Mérat, H. Cloquet. M. Delens est le médecin qui semble avoir le plus

souvent traité les maladies cérébrales des enfants par la quinine; il a donné le résumé de ses observations dans son ouvrage de matière médicale, à l'article *quinine*.

Les observations des nombreux praticiens que nous venons de citer, et les heureux résultats obtenus par eux dans le traitement des affections inflammatoires, soit du cerveau, soit des autres organes, pourraient à la rigueur suffire pour nous autoriser à adopter l'emploi des préparations de quinine contre la méningite. Mais ce n'est pas seulement au nom de l'empirisme que l'on peut proposer cette médication. L'étude des effets physiologiques produits par la quinine explique les succès que nous venons de signaler, et nous apporte en même temps de nouvelles preuves de l'utilité de la médication que nous étudions dans ce travail.

Ainsi : 1° la quinine, administrée à dose un peu élevée, diminue la quantité de fibrine contenue dans le sang. Les études d'Andral et de Gavarret sur l'hématologie sont trop connues pour qu'il soit nécessaire d'insister sur le rôle que joue dans l'inflammation l'augmentation de la fibrine, et sur les avantages d'une médication qui, agissant directement sur cette altération caractéristique de la phlegmasie, peut abaisser la proportion de la fibrine sans nécessiter des évacuations sanguines. M. Mélier, il y a quelques années, a démontré, dans un travail lu à l'Académie de médecine, que la quinine avait la propriété de fluidifier le sang, de lui faire perdre sa coagulabilité, de le défibriner, en un mot. Il est arrivé à cette démonstration en étudiant l'état du sang chez les animaux morts empoisonnés par la quinine. Ces recherches sont consignées dans les *Mémoires de l'Académie de médecine*, tome X, page 727.

L'emploi de la quinine dans le traitement du rhumatisme a donné à M. Legroux l'occasion de vérifier au lit du malade les résultats obtenus par les expériences de M. Mélier. Au moyen de l'analyse du sang obtenue par la phlébotomie, il a constaté que, chez les malades soumis à l'usage de ce médicament, la proportion de la fibrine du sang diminuait habituellement de un à deux et même trois millièmes par jour. Ces observations lui ont paru si importantes qu'il n'a pas hésité à déclarer que l'administration de la quinine était appelée à remplacer la saignée.

2° Une deuxième preuve de l'action antiphlogistique des sels de quinine est fournie par l'abaissement de température que détermine l'administration de doses de 1 à 2 grammes.

Cet abaissement de température a été signalé par le docteur Broqua et par une grande partie des médecins qui ont, comme lui, employé la quinine dans la fièvre typhoïde. Il a été donné comme une preuve de l'action de cet alcaloïde contre la fièvre. M. Briquet a remarqué que, chez les malades soumis au traitement du docteur Broqua, la peau perdait rapidement cette chaleur âcre et sèche qui est le caractère de la fièvre typhoïde ; en deux ou trois jours, elle devenait fraîche et semblait revenue presque complètement à la température normale. Il est regrettable que, dans l'appréciation de ces modifications de la chaleur, M. Briquet n'ait pas eu recours au thermomètre. Malheureusement, au moment où ces observations ont été faites, on n'avait pas encore l'habitude de ce genre de recherches.

Nous avons, chez des malades atteints d'accidents intermittents assez graves pour nécessiter un traitement antipériodique énergique, fait quelques recherches pour étudier l'influence de la quinine sur la température du corps. Le thermomètre placé dans le creux de l'aisselle un quart d'heure avant et une demi-heure après l'administration de 1 gramme à 15 décigrammes de sulfate de quinine accuse entre les deux observations une diminution de cinq à huit dixièmes de degré qui persiste pendant deux à trois heures.

3° L'action des sels de quinine contre l'inflammation se trouve encore démontrée par l'influence qu'ils exercent sur la rapidité du pouls et sur la tension du sang.

Le nombre des pulsations artérielles est promptement diminué par la quinine. C'est là un fait qu'ont pu facilement constater les médecins qui ont eu à observer l'effet de ce médicament contre la fièvre typhoïde et ceux qui l'ont mis en usage contre le rhumatisme.

Parmi les premiers, nous pouvons citer MM. Rilliet, Barthez, Husson, Kapeler, de Saint-Laurent, Pereira, Jadelot, Silvy ; parmi les seconds, MM. Dupré, Legroux, Briquet, Fouquier, Guérard.

Tout en reconnaissant ce ralentissement du pouls chez les rhumatisants, M. Monneret a voulu l'attribuer à l'amélioration de l'état du malade plutôt qu'à une action directe du médicament sur la circulation du sang. Le rhmatisme entrant en voie de guérison, il est tout naturel, dit-il, que la fièvre suscitée par lui diminue et que, par conséquent, le pouls devienne moins rapide. Cette objection est assez spécieuse; mais elle tombe devant les obser-

vations où l'on voit le pouls descendre après l'administration de la quinine jusqu'au dessous de 60 et même de 50 pulsations. Or, de pareils faits ont déjà été signalés plusieurs fois. Le docteur Lembert en cite un certain nombre dans son essai sur la méthode endermique. Baudelocque a vu chez deux enfants atteints de rhumatisme des doses de 2 grammes amener le pouls à 48 pulsations par minute. MM. Bally et Balquier l'ont vu tomber rapidement à 60, 50 et même 48 sous l'action de doses semblables chez l'adulte, et ce ralentissement des contractions du cœur qui maintenait le pouls au-dessous de son chiffre normal a persisté chez trois malades plusieurs jours après la cessation de tout traitement.

D'ailleurs, la quinine n'a pas toujours été donnée à des malades atteints de fièvre. M. Briquet l'a expérimentée dans un certain nombre de rhumatismes chroniques, complètement apyrétiques, et dix-neuf fois il a pu en pareille circonstance constater une diminution de 5, 10 et même 15 pulsations par minute.

M. Guersant déclare, dans les *Archives de médecine* de juin 1841, qu'il a vu nombre de fois chez des sujets sains le pouls baisser de 8 à 10 pulsations par minute une demi-heure après l'ingestion de 1 à 2 grammes de sulfate de quinine.

M. le docteur Favier s'est livré sur lui-même à une série d'expériences qui l'ont fait arriver aux mêmes résultats que le professeur Guersant. Avec une dose de 80 centigrammes par jour, il a vu le pouls tomber à 50, et, avec 32 décigrammes, à 45 et même 40. Ces résultats sont en parfaite concordance avec ceux que des expériences analogues avaient déjà donnés en Italie au professeur Giacomini et au docteur Reviglio (de Turin).

Nous pouvons donc regarder comme bien démontré que la quinine, administrée à dose élevée, ralentit les battements du cœur. Il est également incontestable qu'elle diminue la tension du sang.

L'affaiblissement du pouls, sous son inflence, a été signalée par Giacomini et par MM. Guérard et Legroux. Mais les données les plus précises sur cette question nous ont été fournies par M. Briquet. Dans son ouvrage sur le quinquina, nous trouvons une série de soixante-quatorze expériences où, avec l'hémodynamomètre de M. Poiseuille, il a pu noter l'état de la tension du sang dans l'artère carotide après l'ingestion de quantités plus ou moins importantes de bisulfate de quinine. Ces recherches lui ont

permis de constater qu'avec 1 à 2 grammes on diminuait notablement la tension du sang dans le système artériel et la force des contractions du cœur. Cette diminution est proportionnelle à la quantité de quinine ingérée, et persiste pendant deux ou trois jours après l'expérience.

Les modifications apportées par la quinine à la rapidité du pouls et à la tension du sang sont attribuées par M. Briquet à une action directe de la quinine sur la contractilité du cœur; il voit dans ce médicament un stupéfiant de la fibre musculaire cardiaque. Nous ne voulons pas discuter ici les diverses opinions émises pour expliquer l'action de la quinine sur la circulation. Nous ne rechercherons pas les causes des phénomènes importants que nous venons de rappeler. Les conséquences pratiques à en tirer nous intéressent seules ici. Cette diminution de la force des contractions du cœur et de la tension du sang, ce ralentissement du pouls, cet abaissement de la température, ces changements dans la composition du sang qui perd sa fibrine, nous paraissent être des preuves bien suffisantes de l'action antiphlogistique de l'alcaloïde du quinquina, et justifient pleinement les tentatives faites pour combattre avec ce médicament les diverses maladies inflammatoires que nous avons vues plus haut avoir été déjà traitées avec succès un bon nombre de fois par cette méthode thérapeutique.

Mais, de toutes les phlegmasies qui peuvent devenir justiciables de cette médication, il n'en est point auxquelles elle s'adapte mieux que celles qui viennent frapper les organes cérébraux ou leurs enveloppes. Lorsqu'elle s'attaque à la méningite, la quinine voit son action antiphlogistique habituelle aidée et renforcée par l'influence sédative toute spéciale qu'elle possède sur les centres nerveux.

Les effets physiologiques produits par la quinine ont été trop bien étudiés pour que nous ayons besoin d'insister longuement sur la démonstration d'une vérité qu'ont mise en lumière les travaux de MM. Bouchardat, Jacquet, Mérat, Briquet, Trousseau. Tous ces auteurs et tous ceux qui ont cherché à définir la manière d'agir de la quinine sur le cerveau et la moelle épinière, ont reconnu que, lorsqu'elle est administrée à dose un peu élevée; elle tend à arrêter les fonctions de l'axe cérébro-rachidien. Diminuer l'activité de ces fonctions, et si on dépasse toute limite les supprimer, voilà son rôle, qui se rapproche beaucoup de celui

des narcotiques et des stupéfiants, de l'opium et surtout de l'acide cyanhydrique.

Les symptômes de l'empoisonnement par la quinine dénoncent tous l'affaiblissement de la puissance du système nerveux, et ont pour dernier terme, suivant l'expression de Trousseau, l'anéantissement de toutes les fonctions du cerveau et de la moelle épinière. Au début, il y a bien quelques signes d'agitation qui sont l'effet de la réaction, de la lutte soutenue d'abord par l'organisme contre l'agent toxique. Mais bientôt à cette agitation succède l'affaissement, l'accablement, la paralysie des organes des sens, la perte de l'ouïe, de la vue, la diminution de la sensibilité de la peau, l'affaiblissement et la lenteur des mouvements, l'aphonie par défaut d'action des muscles du larynx, la dyspnée par suite de la paralysie des muscles respirateurs. Et, à tous ces accidents, que peut opposer la thérapeutique? Précisément, les moyens qu'on a l'habitude de mettre en usage contre l'empoisonnement par les narcotiques, les stimulants, et parmi eux le café, dont Giacomini a recommandé l'emploi dans les cas où se développent quelques accidents à la suite de l'administration de quantités un peu trop fortes de quinine.

L'action exercée par la quinine sur les centres nerveux a déjà donné lieu, en dehors du traitement de la méningite, à quelques applications thérapeutiques. On a, dans un certain nombre de névroses, trouvé en elle un précieux sédatif.

M. Sandras, par exemple, dans son *Traité des maladies nerveuses*, rapporte l'observation d'une femme hystérique atteinte de contracture des membres et de douleurs très-vives le long des muscles contracturés, douleurs qui ne pouvaient être calmées que par le sulfate de quinine donné à la dose de 1 gramme. La malade avait l'habitude de réclamer son sulfate de quinine chaque fois que ses douleurs devenaient trop vives.

Des doses de 12 à 15 décigrammes par jour entre les mains de Carlo Frua (*Gazette médicale* de 1843) et de M. Foucard de Sainte-Maxence (*Revue médico-chirurgicale*, octobre 1860) ont pu amener la guérison du tétanos. MM. Blanc et Chalupt ont, avec 60 à 80 centigrammes, réussi plus d'une fois à arrêter les convulsions chez les enfants.

MM. Trousseau et Pidoux ont, à diverses reprises, constaté l'heureuse influence des préparations de quinine dans les névroses

des organes respiratoires : dyspnées, asthmes essentiels, toux convulsives.

Les recueils d'observations sont remplis de récits de névralgies traitées et guéries par le sulfate de quinine. Un certain nombre d'entre elles présentaient le caractère intermittent, de sorte que le succès obtenu pouvait être attribué, en partie du moins, à l'action antipériodique du médicament. Mais d'autres fois, par contre, la douleur était continue, d'une intensité toujours à peu près la même ; et le sel de quinine ne pouvait agir sur elle qu'à titre de sédatif du système nerveux. L'alcaloïde du quinquina est le meilleur moyen, sinon le seul efficace, qui puisse être mis en œuvre contre les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice.

C'est encore à lui qu'on s'est adressé maintes fois avec plein succès pour venir à bout de l'insomnie. M. Briquet, dans son *Traité du quinquina,* rappelle les observations d'un certain nombre de malades auxquels il procurait ou retirait le sommeil à volonté en leur donnant ou en leur refusant leur dose habituelle de quinine. Parmi eux, il s'en trouvait chez lesquels on avait inutilement essayé des quantités assez fortes d'opium sans pouvoir arriver au résultat qu'on obtenait avec la quinine. (Ouvrage cité, page 182.)

Cette action sédative de la quinine sur les centres nerveux ainsi démontrée, on comprend sans peine de quelle utilité elle peut être dans les affections inflammatoires des organes cérébraux et des méninges. Lorsque l'on veut enrayer les progrès d'une ophthalmie, on joint au traitement antiphlogistique l'emploi de la belladone qui, en paralysant le nerf optique et en supprimant les fonctions de l'organe malade, vient le placer dans les meilleures conditions pour favoriser la guérison de la phlegmasie. Le sulfate de quinine, par l'action stupéfiante qu'il exerce sur le cerveau, jouera dans le traitement de la méningite un rôle analogue à celui de la belladone dans les affections oculaires.

Mais, pour en obtenir tous les bons résultats qu'on est en droit d'espérer, il faut avoir le soin de prendre certaines précautions dans son administration.

En parlant des effets physiologiques produits par la quinine, nous avons dit que les premiers phénomènes développés sous son influence annonçaient parfois une excitation plus ou moins vive du cerveau. Il y a, en effet, dans son action sur les centres ner-

veux, deux périodes : une première période d'agitation et une seconde de sédation.

Dans la première, le malade se plaint de céphalalgie, la figure est colorée, les yeux brillants. Il y a des douleurs orbitaires, parfois un peu de photophobie, les battements du cœur augmentent de force et de fréquence. En un mot, la réaction de l'organisme domine la scène, et produit précisément l'inverse des effets que tendait à développer l'agent thérapeutique. C'est la crainte des accidents qui peuvent être amenés par ce premier résultat de la médication par la quinine qui a empêché la vulgarisation de cette méthode thérapeutique.

Mais la période d'agitation n'est que passagère, et bientôt lui succède la période de sédation, où dominent seuls les heureux effets de la médication que nous défendons. Il est, du reste, un moyen d'atténuer et de faire disparaître complètement les inconvénients de la période d'agitation. Il suffit pour cela de donner la quinine à doses réfractées. En faisant prendre au malade des doses très-fortes à de rares intervalles, l'impression brusque de la quinine a pour résultat une période de réaction violente et prolongée et une période de sédation tardive et faible. En fractionnant la dose, en la faisant absorber lentement et en plusieurs fois, on rend la période d'agitation beaucoup moins importante, et la période de sédation, tout en arrivant plus vite, est beaucoup plus prolongée.

La meilleure manière d'administrer le sulfate de quinine aux malades atteints de méningite serait de la faire prendre suivant la méthode employée par le docteur Broqua pour le traitement de la fièvre typhoïde. Il faudrait en donner, toutes les heures ou toutes les deux heures, 5 à 10 ou 15 centigrammes. En opérant ainsi avec la quinine, comme on a l'habitude de le faire avec le calomel, on supprimerait toute trace de réaction. Il n'y aurait plus aucune trace d'excitation cérébrale ; l'effet sédatif de la quinine serait seul à se produire et ne pourrait être entravé par aucun accident. Mais il n'est malheureusement pas toujours possible d'agir de la sorte. La quinine ne peut être donnée sous forme de pilule, la déglutition en serait souvent par trop difficile. D'un autre côté, l'impression pénible que produit son amertume ne permet pas le plus souvent de l'administrer en prise ou en potion. Le délire, résultat de l'affection cérébrale, n'enlève pas au malade la percep-

tion des saveurs, et l'instinct lui ferait rejeter des boissons d'un goût désagréable.

D'ailleurs la quinine provoque souvent le vomissement, et dans une maladie où le vomissement se produit si facilement, l'estomac serait souvent incapable de tolérer ce médicament.

Il faudra donc le plus souvent avoir recours à l'absorption par le gros intestin. La quinine devra être donnée en lavements. Mais pour que les lavements ne soient pas rejetés, il faudra avoir soin de ne pas les renouveler trop fréquemment. Nous croyons que la meilleure méthode à suivre sera, en pareille circonstance, de diviser la quantité journalière de quinine à administrer dans les vingt-quatre heures en quatre doses, qui seront prises de six en six heures.

On se trouvera bien d'associer à la quinine des médicaments sédatifs. On aura de cette façon un obstacle de plus au développement de tout phénomène de réaction. Le bromure de potassium est l'agent sédatif qui nous paraît le mieux aider à l'action de la quinine. On le fait prendre en potion à la dose de 1 à 2 ou 3 grammes, suivant l'âge du malade.

Nous avons eu l'occasion de mettre en pratique cette médication d'après les conseils d'un de nos maîtres les plus autorisés, le professeur Socquet. C'était chez une enfant de cinq ans, atteinte de méningite par suite d'insolation. Nous en avons conservé l'observation que nous transcrivons ici :

Marie S..., âgée de cinq ans et demi, tempérament lymphatique sanguin, constitution bonne, a eu pour toute maladie antécédente une rougeole qu'elle a contractée il y a deux ans et qui n'a présenté rien d'anormal.

Le 8 août 1867, après une promenade de deux heures, où, malgré une chaleur accablante, elle a beaucoup couru, et s'est exposée à plusieurs reprises, la tête découverte, aux rayons du soleil, elle se plaint en rentrant de violentes douleurs de céphalalgie, ne mange que très-peu, et une heure après ce repas est prise de vomissements. Pendant toute la nuit, elle est brûlante, très-agitée, délire par moments. Puis sur les trois heures du matin survient une première crise de convulsions. Après la crise, sommeil d'un quart d'heure. A cinq heures, nouvelle crise : le sommeil dure cette fois une demi-heure ; mais au réveil la malade ne semble plus reconnaître les personnes qui l'entourent. Troisième crise à six heures et demie.

Nous sommes appelé à sept heures. A ce moment nous trouvons l'enfant dans le coma. La figure est injectée. Les paupières sont à demi-fermées et ne laissent voir dans leur intervalle que le blanc de l'œil. En soulevant la paupière supérieure on trouve la pupille portée en haut, contractée, un peu de strabisme. La bouche est déviée, portée à droite. La tête est renversée

en arrière. Les membres sont agités par moments de légers mouvements convulsifs.

Le pouls est à 100 pulsations. En l'explorant on constate l'existence de soubresauts des tendons presque continuels. La respiration est inégale, entrecoupée de profonds soupirs.. *(Application de quatre sangsues aux apophyses mastoïdes. Douze gouttes de chloroforme en potion,* 30 *grammes d'huile de ricin en lavement. Glace sur la tête. Coton cardé saupoudré de chaux et de sel ammoniac aux pieds.)*

A onze heures, l'état est toujours aussi grave. Les convulsions se sont renouvelées à huit heures, à neuf heures et à dix heures et quart. Nous nous décidons à ce moment à recourir à la quinine et nous prescrivons de faire prendre à l'enfant toutes les six heures un lavement contenant 25 centigrammes de sulfate de quinine. Elle aura en même temps une potion contenant un gramme de bromure de potassium.

Le premier lavement est donné à midi ; il est gardé. A deux heures et à quatre heures et demie deux crises un peu moins longues que celles du matin. Dans l'intervalle la malade ne reprend pas connaissance. Mais elle boit facilement.

Après le deuxième lavement, qui est donné à six heures, et qui est gardé comme le premier, il ne se produit plus de nouvelles convulsions. La nuit est assez tranquille, la malade dort, elle a seulement quelques petits soubresauts, et de temps en temps porte la main au front.

Le 10, à huit heures du matin, nous la trouvons encore dans le coma, qui de temps à autre est interrompu par des intervalles d'agitation avec plaintes. L'enfant ne reconnaît pas encore ses parents.

Le traitement est continué. Toutes les six heures on administre 25 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 11, l'enfant reprend connaissance. Mais elle a encore de la fièvre, 96 pulsations, de la céphalalgie. Lorsqu'elle s'endort, les paupières restent à demi entr'ouvertes; la bouche est encore un peu déviée. A raison de l'amélioration obtenue, nous ne faisons plus donner que deux lavements de quinine, un le matin et l'autre le soir.

Le 12, la malade se lève un moment et demande à manger. On suspend la quinine et on continue seulement le bromure de potassium.

Le 13 une purgation, un lait de Planches achève de faire disparaître la céphalalgie, et dès le 15 tout symptôme morbide a complètement disparu.

La dose employée chez cette enfant a été de 1 gramme. Pour un enfant plus jeune, un enfant de deux à trois ans, il faudrait se contenter de 60 à 80 centigrammes. Au-dessous d'un an, 40 à 50 centigrammes suffiraient. Chez l'adulte, par contre, on devrait aller à 2, 3 et même 4 grammes.

Si nous ne craignions pas de trop allonger ce mémoire, nous pourrions ajouter encore plusieurs observations de méningite où la quinine nous a donné de bons résultats. Une seule fois, nous

l'avons vue échouer. L'enfant, traité inutilement d'après cette méthode, était entouré de parents peu soigneux, négligeant d'accomplir nos prescriptions à l'heure indiquée ; et nous sommes tentés d'attribuer, dans cette circonstance, l'insuccès de la médication à l'irrégularité avec laquelle elle était suivie.

Nous avons perdu également un enfant atteint de méningite tuberculeuse. Nous avions été, une première fois, assez heureux pour enrayer, au moyen du sulfate de quinine, une méningite commençante et se traduisant par des convulsions, du coma. Mais, trois mois après ce premier succès, de nouvelles convulsions survenaient et à leur suite se developpaient tous les symptômes d'une inflammation qui résistait à tout traitement et emportait notre malade.

Malgré cet échec, nous croyons que le sulfate de quinine pourra rendre de grands services dans la méningite tuberculeuse, et que plus d'une fois il pourra arrêter la phlegmasie en train de se développer autour des tubercules. Il prolongera ainsi la vie des petits malades, et dans quelques circonstances on pourra, grâce à lui, voir finir par s'établir la tolérance autour du produit morbide ; parfois même la résolution pourra s'en opérer.

SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LYON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE.

Présidence de M. Desgranges.

Séance du 8 décembre.

A l'occasion du procès-verbal, M. Chassagny rend compte d'une expérience qu'il a faite pour démontrer la réalité de l'absorption cutanée. Il a placé sur sa joue gauche, au niveau de la pommette, l'extrémité d'un tube de 4 centimètres de diamètre (spéculum de Fergusson), en l'appuyant avec assez de force pour que l'oblitération fût complète. On versa dans ce tube une solution de 5 grammes d'extrait de belladone dans 30 grammes d'eau, et l'appareil fut maintenu en place pendant une demi-heure. Au bout de ce temps, M. Chassagny ressentit du trouble de la vue et une légère céphalalgie. En même temps des observateurs constatèrent que du côté gauche où était placé le spéculum, il y avait une dilatation notable de la pupille ; à droite, la dilatation était bien moins accusée. Ces phénomènes se dissipèrent rapidement.

M. Diday demande si les effets produits ne peuvent pas être mis sur le compte de l'évaporation du liquide ?

M. Saint-Cyr fait observer que l'atropine n'est pas volatilisable.

M. Ferrand répond aux observations émises à propos de l'expérience de M. Chassagny et reviendra sur la question générale à laquelle les idées de notre collègue se rattachent étroitement.

M. Ferrand ne peut croire que l'effet physiologique obtenu soit imputable à une émanation ; il arrive bien dans les laboratoires que les décoctions prolongées sur de grandes surfaces d'évaporation entraînent, transportés par la vapeur d'eau produite, des principes médicamenteux non volatils par eux-mêmes : décoction de belladone dilatant la pupille, décoction de quina déposant de l'amertume sur les lèvres ; et qu'ailleurs, sur les bords de la mer, l'air agité donne lieu à des condensations salées. Mais dans le fait signalé, pas de température élevée, pas d'agitation, pas de grande surface, donc pas de volatilisation mécaniquement entraînée, et simplement un fait d'absorption à ajouter aux faits cliniques invoqués dans la dernière séance.

Ces derniers ne sont pas davantage infirmés par les résultats absolument nuls observés avec des bains prolongés dans une dissolution même surchargée d'arsenic ou de sublimé corrosif. Pourquoi ? Parce que la peau, tant par sa constitution anatomique que par la nature de l'enduit qui la recouvre, se prête ou se refuse à un certain nombre de phénomènes, notamment à celui de l'absorption suivant la nature des agents physiques ou chimiques avec lesquels cet organe peut être mis en contact.

Il ne dira rien de la transpiration, de la perspiration ; il reconnaîtra même que la peau est évidemment organisée pour la résistance comme perméabilité du dedans au dehors et du dehors au dedans ; il retiendra toutefois que c'est dans ce dernier sens seulement qu'expérimentalement la filtration a été possible.

Mais ce qui, dans sa pensée, n'est pas moins évident, c'est que l'enduit ou humeur sébacée est de nature graisseuse. qu'elle est enduit protecteur dans une large mesure contre les liqueurs aqueuses qui ne le dissolvent pas et ne peuvent s'émulsionner avec lui que par des frictions ou des mucilagineux, tandis qu'avec les dissolvants naturels, les alcools, les essences, les éthers, les graisses par conséquent, avec les alcoolats, les liniments, les pommades, il y a dissolution, souvent substitution, et alors les glandes qui le sécrètent deviennent aussi des surfaces d'absorption plus actives.

Les alcalins extérieurement employés sont dans le même cas, à ce point que leur intervention préalable pourrait, comme la friction, ajouter à l'effet d'un autre bain, d'une autre application.

Les acides, au contraire, les astringents, les coagulants présenteront des phénomènes opposés ; à ce dernier ordre d'agents appartiennent notamment les sels métalliques. Ils pénétreront encore, dans une certaine mesure, les lavages n'en enlèveront rien, sinon un excédant superficiel (on a cité l'acétate de plomb) et les réactifs. le bain sulfureux par exemple, en révèleront la présence. C'est qu'il y a eu là une combinaison insoluble, obstruction avec les éléments du tissu plus grande en quelque sorte, de telle façon que dans le fait, remarquable à tous les points de vue, que nous a cité M Teissier, l'on est tenté de croire, si l'on n'ose l'affirmer, que plus le bain était saturé de sels métalliques, moins étaient grandes les chances d'absorption. Ce

dernier fait, ajoute M. Ferrand, n'autorise donc pas à nier les faits cliniques autres et dissemblables, car dans ces cas d'absorption et de non absorption très-divers, il ne voit que des résultats conditionnels.

Il ajoute en terminant : La peau, par son immersion simple dans l'eau, blanchit, épaissit, se ride, augmente de poids, c'est-à-dire qu'elle s'hydrate. Il s'agit donc d'un premier fait d'imbibition qui ne doit pas s'en tenir là, et si l'on voulait interroger la science et projeter sur ce point quelques lumières nouvelles, c'est aux singuliers phénomènes de la dialyse qu'il conviendrait de les demander.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : les *Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, le *Moniteur thérapeutique*, un numéro du *Lyon Médical.)*

LECTURE.

M. FONTERET lit le rapport sur les maladies régnantes pendant les deux derniers trimestres de l'année 1873.

DISCUSSION

M. SAINT-CYR, à propos du cas de horse-pox observé à l'École vétérinaire, et dont il est question dans le rapport, fait remarquer qu'il s'en est servi pour inoculer un grand nombre de jeunes gens, mais que toutes les inoculations ont eu un résultat négatif, soit que le liquide ait été recueilli à une époque trop avancée, soit que les sujets inoculés n'aient pas été dans des conditions susceptibles d'amener un résultat positif.

Quant à la tonte des chevaux pendant l'hiver, M. Saint-Cyr pense que c'est une bonne mesure. La peau de ces animaux est dans de meilleures conditions de sécheresse et de propreté. On peut du reste toujours les préserver du froid avec des couvertures.

M. CHAPPET, à propos du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand, rapporte qu'il a été employé à l'Hôtel-Dieu un assez grand nombre de fois, chez les deux sexes; jusqu'à présent le résultat a confirmé les observations que M. Frantz Glénard a publiées dans le *Lyon Médical*. Tous les cas, et il y en a eu de toutes les formes, qui ont été soumis à ce traitement, sont guéris ou améliorés. Il signale surtout un fait de fièvre typhoïde à forme ataxique dans lequel la répétition des hémorrhagies, la température élevée avaient donné lieu au plus mauvais pronostic. La guérison arriva en quinze jours.

M. SOULIER cite aussi le cas d'une fièvre typhoïde à forme adynamique grave, dans laquelle la température avait atteint 40° 1/10. On donna des bains, toutes les trois heures, de 20° ; dès le lendemain la température du malade avait baissé d'un degré. La seule modification à apporter au traitement, d'après M. Soulier, c'est que les bains pourraient être cessés la température du malade marquant 39° et non 38°5, comme le veut Brand.

M. DIME fait observer que les médecins anglais, et entre autre Currie, avaient depuis longtemps recommandé les affusions froides dans les fièvres

typhoïdes. Il a lui-même employé des fomentations d'eau vinaigrée dans cette maladie.

Séance du 15 décembre.

A l'occasion du procès-verbal, M. Vezu fait quelques réserves au sujet des observations présentées par M. Ferrand dans la dernière séance. Les explications de son confrère en ce qui concerne le sel arsenical ne le satisfont point.

La Société a recu de M. le docteur Alvin une lettre par laquelle il demande à être nommé membre correspondant. A l'appui de sa candidature il présente deux mémoires, l'un, *Sur la prophylaxie de la petite vérole*, l'autre intitulé : *Le Mont-Dore, étude médicale sur son climat et ses eaux thermo-minérales*. M. Lavirotte est chargé de faire un rapport sur cette candidature.

La Société a reçu en outre le Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire.

LECTURES.

M. Achille Dron lit un mémoire intitulé : *Des dangers de l'emploi de l'alcool méthylique dans l'industrie.*

Il insiste dans ce travail sur les accidents que présentent les ouvriers exposés aux émanations de cet alcool, que par mesure administrative on mélange au trois-six employé dans l'industrie, pour le dénaturer et le rendre impropre à la consommation. Ces accidents : conjonctivites intenses, coryza, céphalalgie, bronchites et dyspepsies, sont assez considérables pour forcer les ouvriers à suspendre leurs travaux et même à abandonner l'atelier. M. Dron démontre l'urgence qu'il y a, sous ce point de vue, à remplacer dans la dénaturation du troix-six l'alcool méthylique par un agent inoffensif pour la santé des ouvriers.

DISCUSSION.

M. Desgranges fait remarquer combien il serait important que ces accidents fussent portés à la connaissance de l'autorité compétente, qui seule peut faire droit aux réclamations.

M. Glénard dit que le Conseil de salubrité dont il est le président a été saisi de cette question par M. le Préfet, sur un rapport de M. Dron, et qu'une enquête a été commencée, enquête qui a déjà confirmé les observations de l'auteur du mémoire.

M. Ferrand rapporte que l'alcool méthylique employé dans la fabrication des vernis a donné lieu à des accidents analogues à ceux mentionnés par M. Dron chez les personnes qui habitaient des appartements fraîchement vernis et chez les peintres qui en faisaient usage. Il a fallu renoncer à l'emploi de l'alcool méthylique dans la préparation des vernis.



M. Marduel commence la lecture d'un travail important sur la méthode du professeur Esmarck, pour assurer l'hémostase dans les opérations. (V. p. 15.)

Le secrétaire adjoint, Achille Dron.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES.

Présidence de M. Laroyenne.

Comptes-rendus des séances d'octobre 1873.

M. Poncet rapporte une observation d'une malade opérée d'ovariotomie avec succès.

Il s'agit d'une malade âgée de cinquante-cinq ans, dont le ventre avait pris, depuis quinze mois surtout, un développement extraordinaire. Au commencement de juin 1873, la palpation abdominale permettait de reconnaître deux kystes distincts ; le kyste le plus volumineux occupait le côté droit. Par le toucher vaginal et rectal, par la palpation abdominale, on ne constatait aucune adhérence.

La malade était affectée, de plus, d'un prolapsus vaginal ; la paroi antérieure du vagin venait faire hernie entre les grandes lèvres.

Lors de l'opération, on pouvait supposer des adhérences multiples contre les kystes et la paroi abdominale antérieure ; M. Ollier constatait, en outre, un peu d'ascite.

L'état général de la malade nécessitant une opération radicale, M. Ollier pratiqua l'ovariotomie le 4 septembre 1873.

A l'ouverture du péritoine, dont l'incision mesurait 10 à 11 centimètres, il s'écoula une quantité notable d'un liquide ascitique un peu louche, signe évident, avec les adhérences, d'une ancienne inflammation du péritoine.

Les deux kystes ponctionnés laissèrent écouler dix-huit litres environ d'un liquide chocolat, riche en cholestérine. Leurs parois étaient adhérentes sur une grande partie de leur étendue au péritoine pariétal, et ce fut avec la main introduite dans la cavité abdominale que M. Ollier dut détacher les nombreuses adhérences. L'opération n'offrit aucune autre particularité. Les bords de la plaie furent réunis par une suture enchevillée, le pédicule du kyste le plus volumineux fut maintenu au dehors par un clamp;

quant au pédicule de l'autre kyste, M. Ollier le retint au dehors à l'aide d'une forte épingle qui le traversait de part en part.

Dès le soir de l'opération, l'état général fut bon et il resta tel tous les jours qui suivirent. Le pouls variait entre 80 et 90 pulsations. La température rectale ne dépassa pas 38°.

Le 15 septembre, le clamp tombait de lui-même, et les fils le 25 du même mois. A cette époque, la malade fut prise de coliques intermittentes qui prolongèrent sa convalescence. Ces douleurs, excessivement violentes, survenant trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, ne paraissaient pas dues à un trouble de la digestion, elles étaient le fait, ainsi que le supposait M. Ollier, de tiraillements produits par les pédicules et par des adhérences nouvelles.

A partir du 10 octobre, les coliques disparurent; la malade, qui depuis plusieurs jours commençait à se lever, vit son appétit augmenter, et, le 18 octobre 1873, elle quittait la maison de santé.

Lors de son départ, il n'existait plus de prolapsus vaginal; la malade était complètement guérie de cette infirmité. Ce fait intéressant trouve une explication naturelle dans le maintien de l'utérus par les pédicules et dans les adhérences qui ont pu se produire.

Nous laissons de côté l'opération en elle-même, car, pratiquée très-souvent depuis quelques années, elle n'a déjà plus l'intérêt de la nouveauté; le seul point sur lequel nous désirons encore appeler l'attention est la présence d'un liquide ascitique trouble en assez grande quantité. Ce liquide, les adhérences étendues des kystes avec la paroi abdominale antérieure devaient, en effet, inspirer des craintes sur les suites d'une opération qui, néanmoins, s'est terminée par la guérison.

M. Gayet rapporte une observation d'une femme atteinte d'un kyste développé dans un myome utérin.

Le secrétaire annuel : P. Colrat.



REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

Corps étrangers de la vessie, par Ebermann et Péan. — Au second congrès des chirurgiens allemands, M. Eberman a rapporté deux cas d'extraction de corps étrangers de la vessie, et montré l'instrument dont il a fait usage ; cet instrument ressemble assez à un instrument lithotriteur, dans lequel la branche mâle peut passer complètement à travers la branche femelle, de sorte que le corps étranger peut être saisi soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant. La branche mâle est tubulée de manière à ce qu'on puisse injecter de l'eau dans la vessie avant de commencer la recherche. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de soixante-huit ans, atteint de dysurie depuis plusieurs années, et d'une rétention complète d'urine en septembre 1870. Le premier médecin appelé fit une fausse route et ne put entrer dans la vessie; un second introduisit dans la vessie, avec une grande difficulté, une sonde en gomme ; cette sonde fut retirée, et il fut impossible de l'introduire une seconde fois. On fit alors pénétrer une bougie filiforme, qui fut confiée à un aide, lequel la lâcha, et la sonde fut avalée par l'urèthre et resta dans la vessie. M. Ebermann fit la dilatation de l'urèthre et retira la bougie au moyen de son extracteur.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme marié de vingt-cinq ans, qui se lia, en Finlande, avec quelques membres de la secte des *scopzen* ou castrats. Ses occupations l'obligeant à s'absenter fréquemment de chez lui, il demanda à un de ces castrats s'il connaissait un moyen de faire disparaître les érections dont il souffrait la nuit; on lui proposa naturellement la castration, à laquelle il se refusa non moins naturellement. On l'engagea alors à s'introduire dans l'urèthe une mèche de bougie; celle-ci fila dans la vessie. M. Ebermann introduisit son instrument, et, après l'injection de huit onces d'eau dans la vessie, essaya d'extraire le corps étranger ; il y arriva à la troisième tentative. Quelques mois plus tard, le malade se représenta avec tous les symptômes d'un calcul vésical; on trouva un calcul très-volumineux, mais très-mou ; on put l'enlever en deux séances, et on trouva son noyau formé par un morceau de mèche qui était resté dans la vessie. (*London med. Record*, 17 septembre 1873.)

Voici un troisième fait plus intéressant encore, et observé dans le service de M. Péan. Un homme de vingt-quatre ans s'introduisit dans l'urèthe un crayon qui lui échappa; ses efforts d'extraction ne firent que le pousser dans la vessie. Deux jours après,

il entra à l'hôpital Saint-Louis dans un état fort grave : ventre ballonné, le scrotum, le fourreau de la verge et le périnée sont tuméfiés, rouges et œdématiés. Une opération immédiate était indiquée ; M. Péan opéra comme dans une taille prérectale, et put extraire intact le crayon qui mesurait 10 centimètres et demi de longueur et 1 demi-centimètre de diamètre. Il n'y eut pas la moindre amélioration dans les symptômes soit locaux, soit généraux, et le malade succomba quelques jours après aux progrès d'une péritonite intense. L'autopsie fit voir une petite perforation infundibuliforme du fond de la vessie ; cette perforation traversait toute l'épaisseur des parois; par là s'était faite une infiltration d'urine, qui avait amené tous les accidents et la terminaison fatale. Une seconde plaie, celle-ci en forme de gouttière, fut trouvée dans la région prostatique de l'urèthre. Ce fait montre bien à la fois et les dangers de la présence de corps étrangers pointus dans cette région, et le risque que l'on court, par des efforts aveugles d'extraction, d'augmenter encore les lésions. (*Union médicale*, 21 août 1873.)

De la circoncision par le galvanocautère ; par H. Dawson.— Pendant qu'on s'occupe à la Société de chirurgie de la méthode galvano-caustique et de ses applications, il est intéressant de rapporter la pratique de M. Dawson, qui pratique ainsi la circoncision par le galvanocautère. Le prépuce est passé dans l'anse de platine que l'on amène jusqu'au niveau du gland, on fait passer le courant et le prépuce est enlevé ; on donne ensuite en quatre points un coup de ciseaux à la muqueuse, le prépuce est repoussé en arrière et le gland est mis à découvert. D'après Dawson, cette manière de procéder aurait les avantages suivants : elle met complètement à l'abri de l'hémorrhagie primitive ou secondaire ; elle est plus rapide que toutes les autres méthodes, car, si le fil est chauffé à blanc, la section du prépuce est instantanée ; elle n'oblige pas à faire garder le repos aux opérés, etc.

Dawson se propose d'ailleurs, à la première occasion, de se servir du couteau galvano-caustique au lieu de l'anse. (*London med. Record*, 17 septembre 1873.)

Ablation d'un fibro-sarcome volumineux adhérent au péritoine, par Valerani (*Gazetta delle cliniche*, 16 et 23 septembre 1873). — Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, qui, treize mois avant de se présenter à Valerani, peu de temps après son second accouchement, s'aperçut qu'elle avait à droite de l'ombilic une petite tumeur mobile et indolente, du volume d'un petit œuf. Cette tumeur augmenta peu à peu de volume, et atteignit au bout d'un an celui d'un gros œuf de poule. A partir de ce moment, elle prit un accroissement rapide, et devint de temps en temps le siége de douleurs plus ou moins vives. Au moment où

elle se présenta à Valerani, son état était le suivant : tumeur de la paroi abdominale antérieure, située à un travers de doigt à droite de l'ombilic, et composée de deux lobes : un supérieur, plus petit, situé à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic; un inférieur, presque aussi volumineux qu'une tête de fœtus à terme, descendant presque jusqu'au pubis. Cette tumeur est entièrement mobile, et paraît développée dans les couches musculaires et aponévrotiques de la paroi abdominale; en un point cependant elle paraît s'étendre plus profondément, et le doigt ne peut passer au-dessous d'elle. On ne peut découvrir aucune connexion avec quelque viscère important; la surface antérieure de la tumeur est lisse, et la peau qui la recouvre n'est pas altérée. Enfin, la tumeur est dure et indolente à la pression.

Le 16 mai, après anesthésie par le bichlorure de méthylène, Valerani fait une incision longitudinale de la peau, divise les muscles et les aponévroses, et trouve que la tumeur est largement adhérente au péritoine pariétal. Il incise celui-ci, introduit les doigts de la main droite par cette incision, et soulève et extirpe la tumeur avec le péritoine qui lui est adhérent. Une grande portion du lobe supérieur, adhérente à l'aponévrose, aux digitations musculaires et au péritoine, fut enlevé de la même façon. Pendant la dernière partie de l'opération, l'opérée fit des efforts de vomissement qui poussèrent des anses intestinales à travers la plaie; on les réduisit facilement. L'hémorrhagie fut insignifiante, on n'eut à lier qu'une petite branche de l'épigastrique. On fit une suture profonde à points séparés et une suture superficielle enchevillée. Pendant deux ou trois jours, fièvre assez intense et ballonnement considérable du ventre ; lavement purgatif, selles abondantes, amélioration notable; puis, tout marcha bien, la cicatrisation se fit rapidement, l'opérée put se lever le vingtième jour, quitta l'hôpital au bout de six semaines et put reprendre immédiatement ses occupations. L'examen histologique de la tumeur montra que c'était un fibro-sarcome.

Valerani rapporte ensuite plusieurs cas d'extirpation heureuse des tumeurs adhérentes au péritoine. Le professeur Riberi a fait avec succès deux opérations de ce genre en 1843 et 1848. Un autre fait a été rapporté par Stecchini dans la *Gazz. med. italiana per gli State Sardi* en 1851, et un autre par Riboli (*Giornale dell' Academia medica di Torino*, novembre 1848).

En 1846, Roux a enlevé une volumineuse tumeur fibro-plastique dans ces conditions chez une femme de trente-deux ans, qui mourut de péritonite. En 1868, le professeur Bottini enleva une tumeur adhérente au péritoine pariétal, du volume d'un limon, et son opérée guérit. En 1872, Billroth enleva, chez une jeune femme, un fibrome muqueux du volume d'une tête de fœtus, et adhérent au péritoine (*London med. Record*, 21 mai 1873) ; et tout récemment, Valerani a vu, à Vienne, dans le service de Billroth, un autre cas du même genre en voie de guérison.

Dans tous les cas rapportés jusqu'ici, les sujets étaient de jeunes femmes; chez toutes, sauf une, il y avait relation entre l'apparition de la tumeur et une grossesse ou un accouchement. Chez toutes, la tumeur, après être restée stationnaire pendant un certain temps, avait ensuite, et généralement après un accouchement, pris un développement très-rapide. Dans aucun cas, il n'y aurait eu récidive. (*London med. Record*, 5 novembre 1873.)

Cas de taille précédée et suivie de lithotritie, par Hofmokl. — Homme de cinquante-cinq ans, entré pendant l'été de 1872 à la clinique de Dumreicher (à Vienne), pour un calcul vésical compliqué de cystite purulente, spasmes vésicaux et hypertrophie de la prostate. L'urèthre étant sain et la pierre peu volumineuse, on fit, une fois la cystite amendée, plusieurs séances de lithotritie, sans anesthésie préalable. Après chaque séance, il y eut un peu de sang dans les urines, mais, au bout de trois semaines, le malade sortit guéri.

Au printemps de 1873, il rentra dans le service de Hofmokl : miction très-douloureuse, urine épaisse et ammoniacale, renfermant du pus fétide et du mucus ; miction toutes les dix minutes. On découvrit un calcul dont le diamètre était de 2 centimètres. La vessie se contractait violemment, et la prostate était hypertrophiée, surtout suivant son diamètre longitudinal. Le cathétérisme fut suivi d'une hémorrhagie assez abondante.

Hofmokl pratiqua, le 17 mai, la taille latérale, et, sans léser la prostate ni le sphincter, il introduisit des tenettes assez volumineuses, sur l'index comme conducteur, et fit l'extraction du calcul. Il trouva alors, à sa grande surprise, que la vessie renfermait non pas une, mais sept pierres. La plus volumineuse, longue de 2 centimètres, était ovale; les six autres étaient lisses et avaient la forme de coins ou de pyramides. Toutes étaient formées par un noyau d'acide urique recouvert de plusieurs couches de phosphates ; quelques-unes des petites se fragmentèrent sous la pression des tenettes pendant leur extraction. L'opération ne présenta pas de difficultés, l'hémorrhagie fut modérée. Au moyen d'injections d'eau tiède, soit par l'urèthre, soit par la plaie, on enleva tous les fragments de pierre et tous les caillots. Les suites furent simples. Grâce à l'absence de toute lésion de la prostate et du sphincter, le malade put, au bout de quelques jours, retenir son urine. Au début, on fit le cathétérisme toutes les quatre heures ; mais, dès le soir du second jour, on laissa une sonde en gomme à demeure, pour éviter le passage fréquent de l'urine par la plaie. Le sixième jour, il n'y avait eu aucun symptôme fébrile, et l'opéré urinait seul. Le huitième jour, il pouvait se lever, et ne ressentait plus autre chose qu'un peu de brûlure pendant la miction. On continua les irrigations vésicales, et, peu à peu, la cystite, si violente avant l'opération, disparut tout à fait.

Le quatorzième jour, le malade pouvait retenir son urine pendant deux heures; le seizième, la cicatrisation était complète. Les pierres réunies et sèches pesaient 180 grains (11 gr. 65).

Deux mois après, cet homme rentrait à l'hôpital, avec une urine ammoniacale chargée de pus et de mucus. Le cathétérisme ne donna qu'un résultat négatif; on fit des injections d'eau tiède, et on ordonna des suppositoires morphinés, afin de diminuer les spasmes de la vessie. Au bout de quatre jours, nouveau cathétérisme qui fait découvrir un calcul. On eut de nouveau recours à la lithotritie, et, en quatre séances, on enleva complètement un calcul phosphatique très-mou, dont les fragments réunis pesaient à l'état sec 40 grains.

Le catarrhe vésical disparut complètement sous l'influence des irrigations, faites tantôt avec de l'eau tiède pure, tantôt avec une solution faible d'alun. Deux mois plus tard, des cathétérismes répétés ne firent découvrir aucun calcul. Hofmokl se demande pourtant en terminant si ce sera bien la dernière opération subie par ce malade, et s'il n'y aura pas production de nouveaux calculs. (*Wien. medizin. Presse*, 2 novemb. 1873.)

THÉRAUPETIQUE.

Administration de l'atropine contre les sueurs, par le docteur Fræntzel.— Le *Lyon Medical* a déjà signalé les résultats obtenus par M. Sidney Ringer sur les sueurs par les injections sous-cutanées d'atropine; le docteur Wilson (*Philadelphia medical Times*) est arrivé à des résultats tout à fait semblables chez quatre phthisiques; il a arrêté les sueurs colliquatives au moyen du sulfate d'atropine, à la dose d'un quatre-vingtième de grain. Ces succès ont engagé M. Fræntzel à essayer ce médicament dans divers cas de sueurs, et en général il a eu beaucoup à se louer de cette pratique. (*Allg. med. central Zeitung*, août.)

Sur 15 sujets atteints de pneumonie caséeuse plus ou moins récente avec fièvre et sueurs nocturnes, le sulfate d'atropine a complètement arrêté les sueurs chez 6; il les a diminuées de beaucoup chez 7, et il est resté sans effet chez 2.

Sur 48 phthisiques, l'auteur note 5 insuccès, 22 succès complets avec suppression totale des sueurs et 21 demi-succès avec remarquable diminution de celles ci.

Dans deux cas de trichinose chez lesquels des sueurs nocturnes profuses s'étaient manifestées après la période d'acuité, le sulfate d'atropine fut administré à la dose de 1 milligramme deux heures avant le moment où l'accès de sueurs était attendu; on le continua cinq jours de suite dans un cas et trois jours dans l'autre. Les sueurs disparurent dès le soir de l'administration du médicament.

Sur 8 rhumatismes articulaires aigus avec sueurs abondantes,

5 fois l'atropine arrêta les sueurs d'une manière durable, 2 fois elle les diminua sensiblement et 1 fois elle fut sans effet. Dans un de ces cas de rhumatisme aigu, il s'agit d'un homme de trente-deux ans qui avait presque toutes les grandes articulations des membres supérieurs et inférieurs très-fortement atteintes et qui était couvert de sudaminas et baigné de sueurs. On donna le sulfate d'atropine à la dose de 1 milligramme ; il y eut tout de suite une grande amélioration, et au bout de deux heures les sueurs avaient complètement disparu. Elles revinrent le soir, mais disparurent de nouveau le lendemain dans l'après-midi sous l'influence d'une nouvelle dose d'atropine. Ce médicament fut alors régulièrement continué matin et soir, et les sueurs ne reparurent plus. La fièvre dura quatorze jours. — Dans un autre cas de rhumatisme aigu, l'atropine eut les mêmes effets avec ceci de remarquable que dans le cours de la maladie on omit deux jours le médicament et ces deux jours les sueurs reparurent.

M. Fræntzel donne l'atropine en pilule suivant cette formule :

Sulfate d'atropine.....	1 milligr.
Extrait de gentiane ...	q. s.

A prendre une ou deux par jour.

L'auteur ne dépasse pas cette dose ; parfois il a vu quelques légers phénomènes d'intoxication, tels que paresse et légère dilatation des pupilles, étourdissements, mouches volantes ; accidents qui du reste disparaissent rapidement au bout d'une heure ou deux. Dans quatre cas l'atropine a déterminé un peu de diarrhée ; la suppression du médicament a suffi pour l'arrêter.

Il est difficile de dire comment agit dans ces cas l'atropine ; M. Fræntzel pense que son action excitante bien connue sur la contraction des petits vaisseaux (Meuriot, Fleming, Jones, Hayden, Brown-Séquard) détermine une anémie des glandes sudoripares qui expliquerait l'arrêt de leur fonction et par suite la sécheresse de la peau. C'est par un mécanisme analogue qu'il faudrait aussi expliquer la sécheresse de la gorge habituelle dans l'empoisonnement par la belladone. (*The British medical journal*, 29 novembre 1873.)

Emploi de l'hydrate de croton-chloral, par le docteur Benson-Baker. — Le *Lyon Médical* a déjà parlé de ce médicament que nous devons à Oscar Liebreich, qui nous a donné déjà l'hydrate de chloral ; M. Benson-Baker le conseille dans les cas de névralgie et il le recommande chaudement. A la dose de 5 centigrammes, il soulage rapidement la douleur et produit du sommeil sans donner ensuite du mal de tête ou de l'embarras gastrique. Dans quelques cas il a paru avoir une action légèrement laxative.

Treize malades chez qui l'hydrate de croton-chloral a été administré n'en ont éprouvé aucun effet fâcheux. Voici quelques

observations abrégées qui donneront une idée de la manière d'agir du médicament :

1° Névralgie faciale très-intense chez une femme ; la vue et l'ouïe sont compromises ; la malade ne peut prendre ni repos ni nourriture. Hydrate de croton-chloral, un grain toutes les heures ; mieux considérable au bout de trois heures. Après trois autres doses, la douleur a complètement disparu.

2° Névralgie faciale d'origine dentaire chez une femme ; pas de sommeil ni de nourriture depuis trois jours. Hydrate de croton-chloral ; un grain toutes les heures. Grand soulagement après la seconde dose, douleur complètement disparue après six doses ; sommeil la nuit.

3° Contusion de l'épine plusieurs années auparavant ; vives douleurs le long des nerfs émanant du point lésé ; impuissance de tous les médicaments employés jusqu'alors. 1 gramme de bromure de potassium et 5 centigrammes d'hydrate de croton-chloral produisent le meilleur effet sans accidents fâcheux.

4° Femme dyspeptique et névralgique avec dysménorrhée très-douloureuse. Deux grains du médicament pris au moment du paroxysme soulagèrent d'une manière remarquable la douleur.

5° Diverses névralgies depuis plusieurs années chez une femme ; insuccès de presque tous les médicaments internes ou externes de la pharmacopée (strychnine, fer, quinine, aconit, belladone, iode, chlorure d'ammonium, brome, galvanisme, vésicatoires, injections hypodermiques, bains, changement d'air, etc.). Deux grains d'hydrate de croton-chloral toutes les heures soulagent rapidement la douleur. Après avoir pris huit grains la malade ne souffre presque plus. (*The British medical journal*, 23 octobre 1873.)

Traitement du porrigo decalvans par des applications de liqueur d'ammoniaque, par le docteur Dyce Duckworth. — L'auteur a employé avec bonheur l'essence de térébenthine en application dans les cas de porrigo decalvans ; mais dans ces derniers temps, encouragé par deux succès appartenant au docteur Birkbeck Nervins, de Liverpool, il a substitué à la térébenthine des applications de liqueur d'ammoniaque, et il n'a eu qu'à s'en louer.

Il se sert à cet effet de morceaux de flanelle imbibés d'une solution ammoniacale assez forte pour ne pouvoir être supportée, ni par le nez ni par les yeux de l'opérateur. Avec cette flanelle il fait tous les jours des frictions sur la partie malade du cuir chevelu. A mesure que la partie rougie devient douloureuse, il diminue la force de la solution ammoniacale jusqu'à la guérison de la maladie et à la réapparition des cheveux.

Ce mode de traitement lui a paru donner de meilleurs résultats que les frictions avec l'essence de térébenthine, ainsi qu'il a pu

s'en assurer en soumettant chez le même malade une partie du cuir chevelu à l'une de ces médications, tandis qu'une autre partie était soumise comparativement à l'autre.

Les applications d'ammoniaque paraissent exciter la formation des cheveux plus qu'aucune autre application ; la térébenthine ne vient qu'en second lieu comme topique actif.

Mais l'ammoniaque est d'un usage moins universel que la térébenthine ; dans certains cas, en effet, elle provoque de la vésication et est très-douloureuse, ce qui n'a jamais lieu pour la térébenthine.

Souvent le traitement local suffit contre le porrigo decalvans ; quelquefois cependant il est utile de lui adjoindre un traitement général, tel que huile de foie de morue, fer, noix vomique, acides minéraux, etc. (*The S.-Bartholomew's hospital reports*, tome IX, 1873.)

Action de la caféine, par le docteur AUBERT. — La caféine injectée à doses suffisantes à des grenouilles, des lapins, des chats et des chiens produit toujours une exagération de l'excitabilité réflexe et le tétanos. C'est donc un excitant de la moelle, car on sait que le tétanos est d'origine spinale et que les troncs nerveux n'y participent en rien.

Cette substance produit en outre de la rigidité et de l'engourdissement des extrémités ; ce que M. Aubert attribue à une action directe sur le tissu musculaire. Sur une grenouille, en effet, il vit les muscles devenir blancs et opaques.

On peut prévenir les effets toxiques de la caféine par la respiration artificielle. Ainsi pour un chien de taille moyenne 25 centigrammes sont une dose mortelle, tandis que pour le même animal 3 grammes de caféine sont sans danger si on maintient artificiellement la respiration.

Chez les grenouilles, la caféine a peu d'action sur le cœur ; elle en diminue les battements ; mais ceux-ci persistent quelque temps encore après la mort apparente de l'animal. Chez les lapins elle produit une remarquable accélération du pouls avec des intermittences périodiques pendant lesquelles le cœur paraît contracturé d'une manière tétanique plutôt que relâché.

Chez le chien, la fréquence du pouls augmente pendant que la pression du sang diminue considérablement. M. Aubert attribue le premier de ces effets à une action excitante de la caféine sur l'appareil excitateur du cœur, tandis qu'elle agirait peu sur le nerf vague ; il met le second de ces effets sur le compte d'une paralysie plus ou moins complète des nerfs qui naissent des ganglions cardiaques.

L'auteur n'est pas d'accord avec les autres observateurs sur l'action de la caféine sur l'homme. Confusion cérébrale, accroissement de la rapidité du pouls, tremblement des mains, tels sont

les seuls symptômes qu'il signale après l'administration de 50 centigrammes de cette substance.

Sur la grenouille comme sur l'homme, une infusion de café est beaucoup plus active qu'une dose correspondante de caféine. De plus, l'extrait de café privé de caféine est loin d'être inerte, ce qui prouverait que le café ne tient pas ses propriétés uniquement de la caféine. Ainsi ce n'est pas à cette substance qu'il doit l'animation et l'espèce d'entrain qu'il procure. ((*Pflüger's Archiv*, 1872, et *The Practitioner*, décembre 1873.)

Notes de thérapeutique. — Nous glanons dans les journaux étrangers les quelques notes suivantes, que nous donnons comme un simple *index* de thérapeutique.

Administration du podophyllin. — Le docteur A.-B. Barrett préconise la formule suivante dont l'action purgative ne lui a jamais fait défaut :

Podophyllin............. iv s.
Extrait d'élatérium....... iv s.
Poudre de jalap composée. 24 grammes.

1 gr. 75 de cette poudre dans 300 gr. d'eau chaude détermine d'abord une forte transpiration bientôt suivie de vomissement; puis surviennent d'abondantes selles liquides et bilieuses, qui ne sont pas suivies de cette constipation qui est souvent la conséquence obligée des autres purgations. Peut-être cet effet est-il dû à un flux bilieux qui persiste après l'effet purgatif.

Dans les cas d'ascite avec défaut de la sécrétion hépatique ; la préparation précédente a un effet très-remarquable sur l'épanchement qu'elle diminue très-sensiblement (*The British medical journal*, 18 octobre 1873.)

Bromure de potassium et atropine dans le choléra. — Le docteur William Pepper donne le bromure de potassium dans la période de collapsus du choléra dans l'intention de calmer l'irritation du grand sympathique, qu'il regarde comme la cause prochaine du collapsus dans cette maladie. Il conseille d'administrer le médicament à la dose de 2 gr. 25 toutes les vingt minutes dans 100 gr. d'eau par la bouche ou en lavement. (*Philadelphia medical Times*, 12 juillet 1873.)

Le docteur Hadgen s'adresse à l'atropine qui, comme on le sait, a la propriété de paralyser les extrémités périphériques des nerfs spinaux,de stimuler les contractions des artérioles et d'augmenter les battements du cœur. Il injecte sous la peau d'un soixantième à un trentième de grain de sulfate d'atropine pendant la période de collapsus de la maladie, et il a obtenu de cette manière de faire des résultats si encourageants pendant l'épidémie de 1866 qu'il croit devoir vulgariser cette méthode. (*S.-Louis med. journal.*)

De la pepsine dans le traitement de la diphthérie. — Le docteur Doughly conseille la formule suivante pour ramollir et dissoudre les fausses membranes du croup et de la diphthérie, c'est une sorte de suc gastrique artificiel :

Pepsine (Baudanet)........	6 grammes.
Acide muriatique dilué	5 gouttes.
Eau distillée	100 grammes.

A employer en inhalations suivant le procédé préconisé par Weber pour les inhalations d'acide lactique.

Chez un sujet atteint de croup, les fausses membranes ont été expectorées à moitié digérées sous forme d'une masse pulpeuse après sept heures d'inhalation pratiquée à intervalles répétés. (*Rivista clinica di Bologna*, nov. 1873.)

De l'acide phénique dans le traitement du choléra infantium. — Le docteur Rothe pense que dans ce cas l'acide phénique agit en arrêtant les processus de fermentation, qui sont une cause de l'hypersécrétion de l'intestin. Aussi donne-t-il encore ce médicament dans les différentes diarrhées de la seconde enfance et même chez les adultes. La formule qu'il emploie dans le choléra infantium est la suivante :

Acide phénique cristallisé..	15 centigr.
Esprit de vin............	15 —
Eau de menthe poivrée....	20 grammes.
Teinture thébaïque	2 gouttes.
Mucilage de gomme......	10 grammes.
Sirop diacode............	10 —

A prendre par cuillerée à café toutes les deux heures. (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1873.)

REVUE DES LIVRES

Rapport inédit du docteur Prunelle sur la source Lucas, annoté par le docteur Zénon Pupier, médecin consultant aux eaux de Vichy. Paris, G. Masson, 1873.

Faut-il l'avouer? Quand le docteur Pupier nous adressa ce livre, notre premier sentiment fut tout de reconnaissance pour cette attention amicale; mais aucun désir bien vif de le lire, de l'étudier, ne vint s'ajouter tout d'abord à cette première impression. Nous savions bien que Prunelle doit être rangé parmi les *personnalités saillantes*, qu'il a parcouru une carrière brillante, mêlée de science et de politique, qu'il n'a rien publié ; tout cela

devait certainement exciter notre curiosité. Mais, d'un autre côté, un rapport administratif écrit en 1847, cela est déjà vieux et a peut-être bien vieilli. Que peut-on y trouver? Les questions actuellement à l'étude en hydrologie, celles du moins qui sont à l'ordre du jour, ne sauraient y être traitées; presque toutes ont été posées plus récemment. Et puis, en écrivant à un ministre, on doit rester dans les questions élémentaires, car il faut absolument se faire comprendre des gens auxquels on écrit, surtout si on veut les convaincre et obtenir un crédit budgétaire. Enfin, il s'agit là d'une question d'intérêt local depuis longtemps résolue.... Telles étaient, nous en convenons en toute humilité, les préventions qui se formaient dans notre esprit en ouvrant ce volume.

Ces préventions se dissipèrent bien vite à sa lecture, et nous voudrions avertir ici ceux qu'elles ont retenus qu'elles sont injustes, et qu'en y cédant ils se sont privés d'un véritable plaisir, d'une lecture instructive et intéressante à tous points de vue.

On est trop souvent disposé à négliger les œuvres anciennes pour la recherche des nouveautés. Il semble que le terrain n'est pas assez vaste pour contenir les unes et les autres, et qu'il faut le déblayer incessamment pour faire place aux découvertes récentes. L'expérience tant de fois répétée devrait cependant nous avoir appris le danger de cette pratique. Que de merveilleuses découvertes se sont produites, annonçant avec éclat qu'elles rendaient inutiles toutes les idées antérieures! Bientôt après, il fallait en revenir aux anciens errements, trop heureux si, de la merveille de tout à l'heure, il restait quelque chose de vraiment utile. Qu'il soit bien convenu, une fois pour toutes, que les sciences médicales n'ont plus à chercher leur voie ou leur méthode, que leur seule base est l'expérimentation, l'observation, si l'on veut, et que les recherches de toute nature doivent tendre à compléter cette observation, à lui donner plus de précision, à éliminer les causes d'erreur, mais non à jeter brusquement ces sciences hors de la seule route dans laquelle elles puissent progresser. C'est en cela surtout que le rapport de Prunelle nous paraît une œuvre remarquable; il connaît et applique la vraie méthode des sciences expérimentales; il en trace, de main de maître, les principes et les procédés; il dénonce de haut, et avec une logique inexorable, les erreurs dans lesquelles beaucoup sont tombés avant et depuis l'envoi de ce rapport. Nous ne pouvons résister au plaisir de citer quelques passages, et on nous excusera, car les lecteurs du *Lyon Médical* se rappelleront peut-être que, ici même, nous avons formulé les mêmes critiques.

Depuis quelques années, l'hydrologie fait à la chimie une trop large part; cela n'est pas douteux et tient à plusieurs causes, mais surtout à la séduction qu'exerce l'apparente précision des analyses chimiques..... que personne ne peut contrôler. Au milieu des mille complications que présente l'étude des maladies

chroniques, il était naturel de mettre en évidence la seule base qui parût bien nettement et, pour ainsi dire, mathématiquement établie ; mais, en allant plus loin, en faisant un classement des affections chroniques correspondant au classement des eaux minérales, de manière à déduire rigoureusement le nom de la station ou de la source du nom anatomique de la maladie, on a voulu appliquer, à tort, aux sciences médicales, les procédés absolus des sciences mathématiques.

Dès 1847, Prunelle saisit et combat cette tendance ; il y voit que bientôt on quittera la voie de l'observation, et que la chimie deviendra envahissante. Il sait aussi que les analyses chimiques sont bien difficilement contrôlées, que leur précision est plus apparente que réelle, et il devine qu'elles se prêteront plus tard, malgré toute leur prétendue rigueur scientifique, à la découverte fort opportune d'agents nouveaux, appropriés à la mode thérapeutique du jour.

Tout cela n'est-il pas dans le passage suivant : « Vouloir déterminer les propriétés médicamenteuses d'une eau minérale par les résultats de l'analyse chimique, sans avoir recours aux effets observés dans les maladies, est une erreur très-grave en matière médicale ; une erreur plus grande encore est d'attribuer à un principe unique, quelque dominant qu'il puisse être, toutes les propriétés d'une eau minérale. Cette dernière erreur a les conséquences les plus fâcheuses ; malades et médecins doivent également s'en préserver, et ce n'est pas à eux seulement que l'erreur s'arrête.

« Ces idées, qui peuvent jusqu'à un certain point contrarier l'idée de quelques personnes, s'expliqueraient aisément par l'application que je vais en faire à l'examen des propriétés médicamenteuses des eaux de Vichy. Votre Excellence sait que ces eaux, en outre de l'eau commune qui leur sert d'excipient, contiennent des carbonates de sodium, de calcium et de magnésium, de l'acide carbonique libre, de l'oxyde de fer, du chlorure et du sulfure de sodium, de la silice et quelquefois du soufre, en attendant qu'on y découvre autre chose.... (page 25). »

Et ceux-ci :

« Nous devons considérer aussi qu'une eau minérale n'est point un médicament simple ; c'est un médicament composé dont l'élément dominant est loin de constituer l'unique vertu ; c'est un médicament avec lequel, en conséquence, plus d'une indication peut être remplie. L'analyse thérapeutique précise les indications, l'analyse chimique n'est pour rien dans ce travail ; cette dernière aide le médecin, il est vrai, en lui signalant dans le médicament composé les principes avec lesquels chaque indication spéciale peut ensuite être remplie (page 24).

« On argue vainement de l'existence comme atomistique des corps autres que le bicarbonate de sodium et l'acide carbonique dans les eaux de Vichy. L'action des médicaments dans la gué-

rison des maladies ne s'exerce pas en proportions définies, à l'instar de la formation des sels (page 29).

« Rasori et Hanhemann, chacun dans un sens différent, ont donné de terribles démentis aux doctrines chimiatriques. Car, toutes fausses que sont leurs doctrines présentées comme généralisation, elles ne reposent pas moins sur un petit nombre de faits exceptionnels qui sont incontestables (page 30). »

A notre avis, ce rapport de Prunelle, qui touche à tant de questions importantes en hydrologie, les aborde toutes avec la même sûreté de méthode, avec la même netteté de pensée et d'expression ; il doit être classé parmi les ouvrages que l'on ne devra jamais perdre de vue, en traitant les questions de même ordre. Nous nous laisserions volontiers aller à citer encore ; mais à quoi bon, puisque le livre est entre toutes les mains ?

Contentons-nous d'indiquer quelques passages qui nous ont semblé particulièrement saillants, ceux qui ont trait aux spécialités en médecine et ceux dans lesquels Prunelle, mis en demeure d'établir la légitimité de sa demande au moyen *de faits et de déductions positives*, montre comment il entend l'observation et l'exposition scientifique. Quant à la forme du rapport, on peut la proposer à tous ceux qui auraient à faire une preuve scientifique. Tant il est est vrai que le talent permet de tout dire, et avec esprit, même dans un rapport d'administration.

La fin de ce volume nous réservait une surprise. Sous le titre modeste d'*Annexes*, le docteur Pupier a ajouté au rapport de Prunelle un mémoire succinct, mais très-complet, sur les affections cutanées de nature arthritique, liées ou non à des affections viscérales de même nature, et passibles d'un traitement par les eaux alcalines. Ici, nous sommes absolument dans le courant des idées actuelles ; cependant le docteur Pupier n'a eu ni à modifier ni à contredire les idées de Prunelle ; il lui a suffi de les développer et de les confirmer par de nouvelles observations. Les recherches les plus récentes, les doctrines professées par nos maîtres en dermatologie sont entrées, pour ainsi dire, toutes seules dans ce cadre à la fois large et précis.

Le docteur Pupier a donc obéi à une inspiration doublement heureuse, quand il a *édité* et *annoté* le rapport de Prunelle sur la source Lucas.

Dr H. CHARVET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Sous ce titre nous continuerons à publier régulièrement les comptes-rendus de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie et les faits importants qui

se passent dans les autres Sociétés savantes de Paris, des départements et de l'étranger.

Académie des sciences de Paris. — Dans cette séance, deux nouvelles notes sont présentées concernant l'action de l'eau sur les tuyaux en plomb.

La première est de M. Bobierre, qui émet l'opinion que le plomb s'altère, surtout dans les tuyaux où l'action de l'eau est aidée par celle de l'air. Il fournit même trois exemples à l'appui : 1° c'est d'abord les doublages de navire principalement corrodés à la ligne de flottaison, là où il y a alternative de l'eau, de l'oxygène et de l'acide carbonique ; 2° un second fait a été l'objet d'une expertise : un réservoir en plomb servant dans un établissement hydrothérapique était très-rapidement piqué et mis hors de service, et l'on reconnut que c'était dû à ce qu'il était fréquemment vidé, puis rempli d'eau ; 3° enfin, le troisième cas est une affaire d'empoisonnement saturnin très-intense, dans une propriété voisine de Nantes, qu'on dut attribuer aux nombreuses inflexions du tuyau de conduite de l'eau qui, par suite, offrait des chambres à air.

De la note de M. Champouillon, nous ne relevons que ce fait, c'est que, de 1845 à 1869, sur un effectif de 108,000 militaires malades provenant des casernes de Paris, fournies d'eau potable par des tuyaux de plomb, il n'a pas été signalé un seul cas d'intoxication saturnine.

— M. Onimus étudie les *différences que la nature du fil composant les bobines induites peut déterminer au point de vue physiologique.* Pour cela, il fait faire, exactement dans les mêmes conditions, des bobines induites avec des fils de cuivre, des fils de plomb et des fils d'argentan. Or, sur les nerfs et sur les muscles de l'homme sain, les effets de la secousse ont été différents, selon la nature du métal, et l'on peut dire, d'une manière générale, que lorsque le fil de la bobine induite est formé par un métal mauvais conducteur de l'électricité, comme le plomb et surtout l'argentan, la contraction est plus forte et l'impression sur les nerfs cutanés moins vive qu'avec de fils bons conducteurs, comme le cuivre. Il en conclut qu'il y aurait avantage à remplacer, dans la construction des bobines électro-médicales, le cuivre, habituellement employé, par l'argentan.

— Enfin, nous signalerons une note de M. Ranvier, *sur les éléments conjonctifs de la moelle épinière,* qui nous paraît fort importante. L'auteur nie qu'il y ait une différence morphologique essentielle entre le tissu conjonctif du système nerveux central, essentiellement formé par les cellules de Deiters, et celui des autres organes, ainsi que semblaient l'établir les derniers travaux histologiques. Il est arrivé à se convaincre que le tissu conjonctif de la moelle épinière et celui des cordons nerveux périphériques, par exemple, sont construits sur le même type.

Pour lui, le tissu conjonctif médullaire est formé par des faisceaux de fibrilles connectives et des cellules plates. Il se montre avec les mêmes caractères dans tous les organes, et en particulier dans les cordons nerveux périphériques ; seulement, dans les centres nerveux, le rapport des faisceaux et des cellules est tel que les figures qui en résultent en ont imposé aux histologistes pour des cellules ramifiées. (*Séance du 1er décembre.*)

— Nous trouvons dans cette séance des *observations touchant l'action de certaines substances toxiques sur les poissons de mer,* faites au laboratoire de Concarneau, note intéressante de MM. Rabuteau et Papillon. On aurait peut-être pu croire que, par suite des conditions spéciales de la vie de ces animaux, ils ne sont pas toujours affectés par les poisons comme les autres vertébrés ; mais les auteurs ont reconnu qu'il n'en était rien, au moins pour les poisons organiques.

Les substances essayées sont la strychnine, la morphine, la thébaïne et l'iodure de tétraméthylammonium ; nous ne relèverons que ce qui a rapport à cette dernière, les effets des autres étant mieux connus.

10 centigrammes d'une solution à 1/20e (soit 5 milligrammes) sont injectés sous la peau d'une blennie pesant environ 40 gr. Au bout de trois à quatre minutes, les mouvements respiratoires de l'animal sont à peu près complètement suspendus ; au bout de douze minutes, la paralysie des nerfs moteurs est totale ; l'électricité provoque encore la contraction des muscles. Le cœur mis à découvert bat encore ; une goutte de la solution déposée sur ce viscère l'arrête presque instantanément, tandis que, auparavant, une goutte d'eau de mer n'en a pas ralenti les mouvements. Une demi-heure après, le cœur recommence à se contracter ; on l'imprègne d'une nouvelle goutte de la solution toxique, et alors il s'arrête pour toujours ; cependant les excitations électriques et mécaniques y déterminent encore des contractions, qui cessent aussitôt qu'on retire l'agent excitant. Ces nouvelles expériences confirment l'analogie d'action de l'iodure de tétraméthylammonium avec le curare, déjà émise par M. Rabuteau.

— M. Balbiani présente une note *sur la cellule embryogène de l'œuf des poissons osseux,* note que l'on peut résumer ainsi : l'œuf de ces poissons présente la même composition que celle déjà reconnue par le même auteur pour l'œuf des articulés, c'est-à-dire que, chez tous ces animaux, le germe a la forme d'une vésicule (*vésicule germinative*) étalée à la surface de l'œuf et renfermant dans son intérieur le vitellus de nutrition. Non-seulement la partie plastique et la partie nutritive présentent une indépendance réciproque complète, aussi haut que l'on peut remonter dans l'observation des phénomènes ovogéniques ; mais elles ont chacune une origine différente. Tandis que le principe nutritif est directement déposé au centre de l'œuf, avec ou sans le con-

cours d'éléments étrangers introduits du dehors, point que les auteurs discutent encore, le germe se forme à la périphérie sous l'influence d'une cellule particulièrè (*cellule embryogène* ou *noyau de Balbiani*) émanée de la paroi de la loge ovarique et qui de bonne heure vient se réunir au jeune ovule.

— Viennent ensuite des *expériences sur l'emploi de la galvanocaustie dans les opérations chirurgicales*, par MM. Legros et Onimus. Il y a déjà longtemps qu'on sait que les eschares galvanocaustiques présentent une innocuité presque absolue, et sont susceptibles de se résorber sans suppuration lorsqu'elles sont produites dans la cavité péritonéale. Mais un point préoccupait les auteurs, c'est que « les opérations qui ont été faites avec le galvanocautère auraient pu, à la rigueur, être faites avec succès par l'instrument tranchant. » Aussi, pour rétorquer cet argument, ont-ils cru devoir pratiquer sur des rats et des chiens quelques opérations assez habituellement mortelles, on va en juger, avec d'autres procédés que la galvanocaustie.

Chez les uns, après avoir ouvert l'abdomen, ils ont enlevé avec le couteau galvanocaustique une portion très-notable du lobe du foie, chez d'autres ils ont coupé le rein dans toute sa longueur, et il n'y a eu mort que par des causes étrangères à l'opération. Enfin ils ont transpercé avec une large aiguille le thorax d'un cobaye et ils ont ensuite cautérisé cette longue plaie du poumon avec un fil de platine rougi par le courant électrique. L'animal, disent-ils, a survécu « *sans accidents*, » on serait fort tenté d'ajouter « au contraire. » Mon Dieu, qui sait? peut-être que ce malheureux cobaye aurait eu des accidents s'il n'avait pas été embroché !

— Il y a longtemps déjà que nous rendons compte dans ce journal des séances de l'Académie des sciences ; mais jusqu'alors nous nous étions borné à résumer sans les juger les travaux qui nous paraissaient présenter quelque intérêt. Actuellement, et depuis quelque temps déjà, nous nous permettons de discuter, de critiquer, de donner notre appréciation enfin, chaque fois que l'occasion s'en présente. Dans ces conditions nouvelles et devant des réclamations possibles, nous jugeons plus digne de ne pas attendre celles-ci et de ne plus abriter notre responsabilité derrière l'être impersonnel qui a nom « la Rédaction. » C'est pourquoi nos lecteurs trouveront dores et déjà notre nom au bas de cet article. *Cuique suum.* C. Kastus.

Académie de médecine de Paris. — Après la lecture de deux rapports sur le prix Itard et le prix Capuron, l'ordre du jour appelle la discusion sur le rapport de M. Devergie relatif aux signes de la mort réelle.

M. Colin conteste la valeur de la tache grisâtre et ombrée de la cornée et l'abaissement de la température au-dessous de 20°

comme signes de la mort réelle. Le premier signe n'est qu'un phénomène d'exosmose pur et le second est en contradiction avec les expériences tentées par l'auteur sur les animaux. Les concurrents qui ont cherché à démontrer la persistance de la vie par l'existence des signes indiquant la conservation de la circulation capillaire ou de la contractilité musculaire ont été mieux inspirés.

MM. Béclard, Chauffard, Gavarret et Gubler prennent successivement la parole, les uns pour affirmer, les autres pour ajouter des restrictions à l'opinion formulée par M. Colin.

— Dans la discussion sur le choléra, M. Woillez prend parti pour la doctrine de l'importation, et combat le système de la spontanéité à l'aide de faits tirés de ses études cliniques.

— M. Panas, candidat pour la section de pathologie externe, lit un travail sur la résection du nerf buccal, branche du maxillaire inférieur, comme traitement de certaines névralgies.

— M. Depaul présente une petite fille de six ans, offrant un exemple de monstruosité double par inclusion.

De la paroi antérieure du bassin de cette petite fille partent deux appendices dirigés horizontalement et ayant la forme et la constitution de deux membres inférieurs très-régulièrement conformés. (*Séances des* 16 *et* 23 *décembre* 1873.)

Société de chirurgie de Paris. — M. Dubreuil lit un rapport sur un mémoire de M. Dieulafoy : *De la ponction aspiratrice dans les entérocèles étranglées*. Les observations établissent que, dans les cas où cette ponction fut inutile, elle ne fut jamais nuisible ; la proportion des succès est de 71 °/₀. Cette méthode expose, mais le taxis aussi, à réduire une anse malade. M. Dubreuil conseille ce moyen comme un progrès sérieux.

M. Verneuil a fait plusieurs fois cette opération. Dans un cas, il y avait hydropisie du sac ; 400 grammes de liquide furent évacués ; il fut alors facile de préciser le diagnostic. On fit ensuite deux ponctions aspiratrices dans l'anse herniée, ce qui n'aida point le taxis ; on fit l'opération, et le malade guérit. Autre cas : hernie crurale étranglée ; ponction du sac, issue de 15 à 20 grammes de sérosité jaunâtre ; taxis, réduction. Hier, M. Verneuil fut appelé près d'un adulte pour opérer une hernie inguinale oblique étranglée ; cette hernie, ancienne, ordinairement maintenue par un petit bandage et facilement réductible, était sortie il y a trois jours et ne rentrait pas. Taxis et applications de glace sans effet. La tumeur descendait dans la bourse gauche, était molle à sa partie inférieure ; pas de testicule droit, le gauche ne pouvait être reconnu. La tumeur était fluctuante, ponction aspiratrice qui donne issue à 100 grammes de liquide vaginal. On put reconnaître alors le testicule gauche atrophié ; la tumeur intestinale était appliquée sur l'orifice inguinal. Taxis avec chloroforme, réduction. L'intestin ne fut pas ponctionné.

M. Trélat a observé récemment un cas analogue : hernie congénitale irréductible depuis huit jours; tumeur fluctuante, ponction aspiratrice, issue d'un liquide jaune citrin; reste une hernie épiploïque qui rentre au moyen du taxis.

— M. Trélat fait une longue communication *sur la méthode galvano-caustique*, après avoir détaillé deux observations de tumeurs érectiles enlevées par l'anse galvano-caustique chez deux enfants de trois ans et trois ans et demi; la section a duré quatre minutes dans un cas, six minutes dans l'autre. La cure a été complète et sans entraves; l'opération, facile et rapide, n'a produit aucun accident; la plaie a été simple et sèche, chose si utile à la marche des phénomènes de réparation : avantages réels que d'autres méthodes peuvent avoir, mais qu'elles ne dépassent pas. Il expose ensuite ce que l'usage répété de cette méthode lui a permis de constater.

Les galvano-cautères ont pour caractère fondamental de pouvoir être portés à tous les degrés de température, ce qui permet des actes opératoires tantôt délicats et très-précis, tantôt énergiques et prolongés. Ces instruments sont : 1° le stylet ou couteau formé par un fil plus ou moins épais et doublé; 2° le cautère, dont le fil enroulé en spirale forme une olive incandescente; 3° enfin, l'anse coupante, sorte de serre-nœud à la fois constricteur et caustique. Le stylet ou couteau porté au rouge vif est un cautère mince et fin, qui coupe les tissus comme un bistouri ou les perce comme un trocart : mais la plaie ou ponction saigne. Au rouge sombre, section exsangue, mais très-lente. Le cautère galvanique n'est utile qu'au rouge sombre; c'est un instrument de destruction ignée. L'anse doit toujours être à une température peu élevée, à peine rouge, et doit, pendant toute la durée de la section, étreindre fortement les parties à diviser. Le fil, ainsi conduit, coupe par minute une épaisseur de 10 à 15 millimètres, par une action lente, régulière et continue. Le couteau et le cautère se refroidissent au contact des tissus et surtout des liquides; pour avoir une action efficace, il faut les relever et les réappliquer incessamment.

L'eschare ressemble à celle du cautère actuel; comme agent destructeur, ce dernier est plus puissant en raison de sa masse; aussi le cautère galvanique doit être réservé pour les cavités profondes et certaines cautérisations exigeant l'intensité et la rapidité. L'eschare de l'anse coupante est plane, unie, brun jaunâtre, épaisse d'un millimètre, absolument sèche. Avec des artères d'un certain calibre, on doit craindre les hémorrhagies secondaires, à cause de la minceur de l'eschare; mais les vaisseaux de la langue, des corps caverneux, du cordon, des angiomes et des carcinomes sont solidement oblitérés par l'anse. La douleur est à peu près nulle; la cicatrisation est un peu lente, mais on évite les accidents redoutables des premiers jours du traumatisme. Tels

sont les caractères fondamentaux de la galvano-caustique, reconnus antérieurement par d'autres, mais que M. Trélat a tenu à exposer d'après son expérience personnelle.

— M. Panas rapporte une observation de *phlegmon de l'orbite avec compression et inflammation du nerf optique*. Homme de vingt-un ans ; phlegmon orbitaire consécutif à un érysipèle ; gonflèment surtout en haut et en dedans ; globe oculaire assez libre ; vision à peu près abolie, ulcération de la cornée, pupille atrophiée. Incision et écoulement de pus, amélioration qui continue ; puis, après vingt-cinq jours, douleur vive dans l'oreille, perforation du tympan et écoulement de pus ; puis, céphalalgie et accidents épileptiformes, puis phlegmon temporal qu'on incise ; le temporal est dénudé et perforé en trois points. Nouvel érysipèle, nouveaux accidents épileptiformes, coma et mort. A l'autopsie, pas de collection purulente ; lobe sphénoïdal suppuré et ramolli ; au niveau de la scissure qui sépare le rocher de la portion écailleuse, perforation communiquant avec le tympan ; l'inflammation de l'orbite avait gagné le cerveau par la fente sphénoïdale. Capsule de Ténon saine ; le phlegmon siége en arrière d'elle, autour du nerf optique qui est comprimé, mais surtout enflammé. Dans la moitié postérieure de ce nerf, les fibres nerveuses sont remplacées par du tissu conjonctif. Sur des coupes du nerf, on voit un noyau nerveux au centre, lequel diminue à mesure qu'on se rapproche du globe oculaire. (*Séance du 5 novembre*.)

Société médico-chirurgicale de Londres. — M. Jonathan Hutchinson lit un travail intitulé : *Gastrotomie suivie de succès dans un cas d'invagination intestinale*. Il s'agit d'un enfant de deux ans ; l'invagination, qui avait mis un mois à se compléter, commençait par le cæcum et avait une telle longueur que l'extrémité, présentant la valvule iléo-cæcale retournée, faisait hors de l'anus une saillie de plusieurs pouces : on avait cru d'abord avoir affaire à une chute du rectum, et on avait en vain essayé la réduction au moyen d'un tampon de liége. Après avoir inutilement tenté la réduction par des lavements, M. Hutchinson se décida à pratiquer l'opération. L'enfant une fois chloroformé, on fit une incision entre l'ombilic et le pubis, on trouva aisément l'invagination, qui fut réduite facilement. On fit prendre de l'opium pendant quelques jours, et l'enfant guérit rapidement. L'auteur rapporte ensuite trois cas semblables pour lesquels il a été consulté, et dans lesquels le toucher rectal permettait d'atteindre l'intestin invaginé ; dans ces trois cas, malgré un traitement persévérant par les injections, les bougies, etc., les malades sont morts. Il termine par les conclusions suivantes :

1° Il n'est pas rare que les invaginations commencent à la valvule iléo-cæcale, et atteignent une telle longueur que la partie invaginée arrive presque jusqu'à l'anus ou même le dépasse ;

2° dans tous les cas où l'on soupçonne une invagination, il est d'une grande importance de faire un examen attentif par le rectum; 3° dans presque tous les cas d'invagination chez les enfants, et le plus souvent aussi chez les adultes, le diagnostic peut être confirmé en maniant la partie invaginée à travers la paroi abdominale; 4° le pronostic varie avec l'âge et le degré de constriction; 5° chez les enfants au-dessous d'un an, qui fournissent le plus grand nombre des cas, la mort survient du quatrième au sixième jour; 6° dans les cas terminés par la mort, celle-ci a pour cause le choc ou le collapsus par irritation locale, et non la péritonite; 7° on peut le plus souvent, en appréciant la gravité des symptômes (vomissements, constipation, etc.), savoir si l'intestin est étranglé ou seulement irréductible; 8° dans les cas d'invagination avec étranglement, la gangrène peut survenir et amener la guérison spontanée; 9° quand la portion invaginée est incarcérée, mais non étranglée, il ne faut pas espérer la gangrène, mais s'attendre à voir le malade mourir au bout de quelques semaines ou de quelques mois, emporté par l'irritation locale et la douleur; 10° on a peu de chances de succès avec le traitement par les bougies, les injections d'air ou d'eau, sauf tout à fait au début; si l'on ne réussit pas promptement avec ces moyens, il ne faut plus y compter; 11° les cas les plus favorables pour l'intervention opératoire sont ceux de date ancienne, dans lesquels il y a seulement incarcération de l'intestin; ce sont d'ailleurs ceux où les autres méthodes réussissent le moins; 12° quand on a échoué avec les injections, les bougies, etc., il faut recourir à l'opération; 13° les relations d'autopsies démontrent que, dans un nombre considérable de faits, le chirurgien n'aurait pas rencontré de difficulté matérielle une fois l'abdomen ouvert; 14° les difficultés proviennent du degré de constriction, de l'existence d'adhérences, de la gangrène; 15° chez les jeunes enfants (au-dessous d'un an), le pronostic est presque désespéré; les injections réussissent rarement; aussi est-il indiqué d'avoir recours de bonne heure à l'opération; 16° le meilleur mode opératoire consiste à faire une incision sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic.

Dans la discussion qui suit cette communication, plusieurs membres citent des cas où la guérison a été obtenue au moyen de l'insufflation et de l'administration de lavements. (*Séance du 11 novembre.*)

Société de médecine de Strasbourg. — M. le professeur Schützenberger appelle l'attention de la Société sur certains faits curieux d'abus des injections hypodermiques de morphine.

Les inconvénients de ces injections, inconnus, pour ainsi dire, quand le médecin administre lui-même le remède, n'arrivent

généralement que quand les instruments et les solutions sont abandonnés aux maladies ou à leurs gardes. Dans ces cas, le malade réitère l'injection quand l'effet de la précédente s'épuise, et en raison de l'adaptation assez facile de l'organisme aux narcotiques, il arrive à user de doses énormes.

Voici quelques faits de ce genre, où des malades qui ont commencé avec une injection de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine par jour, sont arrivés progressivement à une dizaine d'injections de plusieurs centigrammes chacune.

M. Schützenberger soigne une dame américaine qui s'était fait, dans les vingt-quatre heures, jusqu'à vingt-quatre injections de 4 et 5 centigrammes, et qui s'était depuis plus d'un an livrée à cet incroyable abus de ce dangereux remède. Quand il la vit pour la première fois, elle avait le corps criblé de tumeurs, les unes dures, les autres suppurées. Ces injections avaient été motivées par des myalgies hystériformes. Le mari de cette dame, en butte à des accès d'asthme, avait eu recours au même traitement et était arrivé aux même résultats.

Amenés à Strasbourg par un parent médecin, ils finirent par se faire une injection toutes les demi-heures, et quand on voulait les empêcher de s'empoisonner ainsi, ils réclamaient énergiquement, disant que, sans le remède, ils ne pouvaient continuer de vivre.

Ce qui les poussait ainsi à recourir à la morphine, ce n'étaient que des phénomènes subjectifs, et tout spécialement un sentiment d'anéantissement, comme si la vie allait les quitter. Leur teint était pâle, la respiration ralentie; le pouls petit, régulier et fréquent.

Ils ne dormaient pas d'habitude, et l'opium, au lieu de les endormir, les réveillait au contraire.

M. Schützenberger songea à rompre cette chaîne. Il retira les instruments aux malades, diminua graduellement le nombre des injections et donna une infusion de coca pour produire une stimulation révulsive et distraire l'attention des malades.

Au bout de deux mois, la séquestration aidant, le résultat désiré fut obtenu.

Il y a, dit-il, à l'hôpital un exemple pareil; c'est une servante qui, affligée de névralgies, s'était procuré des seringues chez les étudiants et s'était criblé le corps de piqûres. Les doses injectées avaient été considérables.

M. Schützenberger connaît quelques exemples de ce genre; cependant, dans aucun cas, on n'est allé aussi loin que dans celui des Américains.

Ces malades, quoiqu'ils ne dorment pas, ne maigrissent pas. Il y a là probablement une influence stupéfiante sur le nerf vague.

La leçon à tirer de ces faits est que le médecin ne doit jamais confier les seringues à injection aux malades ni aux personnes

qui les entourent, et que, dans les injections qu'il pratique lui-même, il est bon qu'il ne dépasse pas une certaine limite. (*Séance du 2 octobre* 1873.)

VARIÉTÉS.

LES HONORAIRES DE LA MÉDECINE LYONNAISE.

Scribo in aere medico.

Est-il pour le praticien consciencieux une question plus palpitante d'intérêt? Non, mille fois non. Après l'instruction, qui dans l'art médical prime sur tout le reste, il n'est pas, j'en suis certain, dans toute la carrière du médecin, une seule question qui puisse atteindre plus de noblesse, plus de grandeur.

C'est inutile de vous parler de la *légitimité* de nos honoraires, car après la très-remarquable communication du docteur Caron au dernier Congrès de Lyon, ce serait vouloir prêcher des convertis (1). Du reste, ne savons-nous pas que le plus ancien de tous les peuples en avait, pour ainsi dire, sanctifié le principe en le faisant passer des mœurs hébraïques (2) dans le livre sacré (3). Les honoraires du médecin sont donc pour nous tous non-seulement légitimes, mais encore sacrés.

Mais sont-ils toujours équitables ? c'est ce que nous allons tenter d'examiner ici, si vous voulez bien me le permettre. Or, que doit-on entendre par ces mots *honoraires équitables ?* Les honoraires médicaux ne seront équitables, que lorsqu'ils ne froisseront ni la susceptibilité de celui qui les reçoit ni la susceptibilité de celui qui les donne. Mais, me direz-vous, quand en sera-t-il ainsi? Quand nous voudrons, puisqu'il s'agit tout simplement de faire passer dans les mœurs et usages le grand principe de l'Ecclésiastique : *Honora medicum propter necessitatem.*

---

(1) Voir le Congrès médical de France, 4e session, tenue à Lyon du 18 au 26 septembre 1872, p. 533 et suivantes.

(2) Voir la *Revue des Deux Mondes.* 15 décembre 1873, p. 753 : Albert Reville, *Étude sur la dernière œuvre de Renan :* L'ANTECHRIST ET LE CHRISTIANISME : Le mosaïsme, la loi juive, réglementait la vie tout entière. Elle prétendait diriger la vie conjugale, les travaux professionnels, les transactions commerciales, jusqu'aux aliments quotidiens et à la manière de les préparer.

(3) Voir la Bible : *Ecclésiastique,* chap. XXXVIII : « Honorez le médecin « à cause de la nécessité, car c'est le Très-Haut qui l'a créé. Toute médecine « vient de Dieu et elle recevra des présents du roi. La science du médecin « l'élèvera en honneur et il sera loué devant les grands, etc. » Saint Jérôme, saint Augustin, Tertullien, etc., parlent de l'*Ecclésiastique* sous le nom de livre de la sagesse. Jésus, fils de Sirach, avait traduit en grec sous Ptolémée Évergète, l'œuvre de son aïeul; on croit généralement qu'il faisait partie de ceux qui composèrent la fameuse version des septante.

Généralement on s'est fort élevé contre le surenchérissement des objets nécessaires à la vie, et tout en se plaignant on subit cette lourde aggravation. Dernièrement, à l'Institut, je crois, la Commission de statistique faisait voir que le numéraire avait perdu de 22 à 33 °/₀ de sa valeur, ou, si vous aimez mieux, que les objets nécessaires à la vie avaient atteint une augmentation de 22 à 33 °/₀, et cela dans l'espace de quelques années. Nous n'avons pas à voir si c'est là un signe de l'accroissement de la fortune publique, ce n'est point notre affaire, mais nous devons chacun en particulier examiner froidement, sérieusement quel effet cette surtaxe générale a produit sur notre budget familial. Nos patentes ont été élevées de 40 °/₀, nos locations de 20 °/₀ et les objets de première nécessité de 22 à 33 °/₀.

Eh bien, je vous le demande en conscience, sommes-nous équitables envers nous-mêmes, envers nos familles, quand nous refusons de suivre le mouvement général. La terre en tournant n'entraîne-t-elle pas tout le reste dans son mouvement de rotation ? Qu'y aurait-il donc de si indigne pour le corps médical tout entier à suivre cette voie, ce sentier battu par tout le monde, par le fisc, par le proprietaire et tous nos fournisseurs ? Nous n'aurons qu'un tort, c'est d'être des derniers.

Tout en me donnant raison, vous vous récriez : Ouvrez-nous les voies et donnez-nous les moyens !

Nous savons tous de quelle manière procède l'Etat pour établir les rôles des contributions, nous savons que généralement ils sont basés sur la valeur locative du contribuable, pourquoi alors n'agirions-nous pas ainsi ? Établissons donc des catégories en nous reppelant ce vieux proverbe : Où il n'y a rien le roi perd ses droits. Imitons en cela nos confrères d'outre Manche, ne basons point nos honoraires sur le revenu de chacun, car nous ne saurions l'apprécier ; sur le loyer c'est différent, et encore devrons-nous faire quelques réserves, par exemple, pour les boutiquiers et quelques autres dont le loyer tant cher soit-il n'augmente en rien leur confortable.

Or, voici les trois catégories qu'il me semble juste d'établir pour la ville de Lyon (1) :

Première classe, valeur locative,	1,500 fr. à 3,000 fr. et au-dessus.
Deuxième classe,	600 fr. à 1,500 fr.
Troisième classe,	200 fr. à 600 fr.

Tous ceux qui sont au-dessous de cette dernière catégorie rentrent dans la classe des assistés, soit par les Sociétés de secours mutuels, soit par l'assistance publique, soit par la charité personnelle du médecin. Nous ne nous en occuperons donc point dans la double répartition de nos soins et de nos

(1) Le *Journal médico-chirurgical de Toulouse*, page 268, numéro du 10 décembre 1872, dit : On peut diviser en ville comme à la campagne les clients qui peuvent rémunérer le médecin en trois catégories :

1° Les riches propriétaires, les hauts fonctionnaires, les grands industriels, les chefs d'administration, les magistrats ;

2° Les personnes aisées, les négociants, les officiers ministériels, les cultivateurs ;

3° Les commerçants, les chefs d'atelier, les petits propriétaires.

Voir en outre le *Lyon Médical*, t. VII, p. 37, t. X, p. 209.

honoraires, si ce n'est à simple titre de projet pour la mutualité et pour l'assistance publique dans le cas où l'une ou l'autre de ces œuvres viendrait à prendre plus d'extension ou plus de développement dans la ville de Lyon.

NOUVEAU TARIF DES HONORAIRES.

	SOINS MÉDICO-CHIRURGICAUX.	1re CLASSE RICHE.	2e CLASSE AISÉE.	3e CLASSE TRAVAILL.	4e CLASSE MUTUELL.	5e CLASSE ASSISTÉE.	6e CLASSE DÉLAISSÉE.
		fr. f.					
1	Une visite à domicile ou consultation au cabinet.	20 à 10	10 à 5	5 à 3	2	1	0
2	Une visite de nuit (10 heures du soir à 7 heures du matin)	40 à 20	20 à 10	10 à 6	4	2	0
3	Une visite urgente ou à heure fixe	40 à 20	20 à 10	10 à 6	0	0	0
4	Course au-delà de 2 kilomètres dans l'intérieur de la ville.	6	5	3	0	0	0
5	Course en dehors de l'octroi, par kilomètre (comme pour la précédente) on prendrait en sus de la visite	6	5	3	0	2	0
6	Accouchements ordinaires, avortements	200 à 100	100 à 50	50 à 30	25	15	0
7	Forceps, version, céphalotripsie, etc., on ajouterait à l'accouchement ordinaire	300 à 200	200 à 50	50 à 30	25	15	0
8	Vaccination (la visite en plus s'il y a lieu)	20 à 40	10 à 5	5 à 3	0	0	0
9	Petite chirurgie —	40 à 20	20 à 10	10 à 5	3	1	0
10	Réduction d'une hernie, ponction d'hydrocèle, etc.	100 à 40	40 à 20	20 à 10	6	8	0
11	Réduction d'une luxation.	400 à 50	50 à 25	20	10	5	0
12	Fractures.	200 à 10	100 à 50	30	20	5	0
13	Grande chirurgie, amputation, résection, etc.	400 à 800	300 à 200	200 à 100	50	0	0
14	Consultation (réunion de plusieurs confrères), pour chacun d'eux.	50 à 30	30	25	15	5	0
15	Visites consultatives consécutives à la précédente, pour chacun.	25 à 15	15	10	6	2	0
16	Séjour du médecin au lit du malade par heure, sauf les accouch.	30 à 20	20 à 10	10 à 5	0	0	0
17	Certificats simples de vie, de vaccine, de maladie	20 à 40	40 à 5	5 à 3	2	0	0
18	Certificats de santé (assurances sur la vie).	25 à 16	15 à 5	5 à 3	2	0	0
19	Certificats de décès avec constatation au domicile	20 à 10	10 à 5	5 à 8	2	2	0
20	— sans constatation	10 à 5	5	8	2	0	0
22	Certificats de coups et blessures, aliénation mentale.	25 à 15	15 à 10	5	8	1	0
21	Dans les affections contagieuses, liberté d'action	»	»	»	»	»	»
23	Autopsie id.	»	»	»	»	»	»
24	Embaumement id.	»	»	»	»	»	»

N. B. — Les visites sont toujours en sus de tout manuel opératoire; il n'y a que pour les accouchements où les trois premières visites sont réglementairement comprises dans le prix de l'accouchement, si toutefois elles ne se font pas en dehors de l'octroi.

Les pansements consécutifs à une opération quelconque rentrent dans la catégorie de la petite chirurgie, sans exclure le prix de la visite. — Les certificats sur papier timbré ne sont délivrés qu'autant que les clients fournissent eux-mêmes le papier timbré.

Jetez un coup d'œil sur le tarif que j'ai l'honneur de vous proposer, suivez-le attentivement, vous verrez quelle est son élasticité et qu'il n'y a rien d'exorbitant ni pour le minimum ni pour le maximum des honoraires

inscrits. Vous voyez que j'ai relégué dans la mutualité l'ancien taux, aujourd'hui dérisoire, de deux francs, qui ne peut pas plus nous convenir que l'antique pièce de quinze sous, laquelle suffisait alors à nos aînés.

Je me souviens qu'en 1840 mon père le docteur Louis Garnier s'entendit avec le docteur Camille Roux pour porter d'un seul coup leurs visites, qui étaient auparavant au taux d'un franc à celui de deux francs, et cela à Neuville-sur-Saône. Que de cités où la jalousie mesquine entre confrères empêchent d'en faire autant ! et cela au détriment de gens qui sont réellement indignes d'être médecins, puisqu'ils ne savent ni supporter leur dignité personnelle, ni relever la dignité de la profession. Laissons donc franchement de côté tous ceux qui voudront faire du métier au rabais, honte de la profession, ils jouiront assez vite de la déconsidération publique, car ce n'est point en se faisant honorer équitablement qu'on nous ridiculisera. Les grandes maisons qui tiennent leur prix n'en sont que plus solides et plus estimées. Alors pourquoi ne jouirions-nous pas aussi de la même considération ? Le temps est passé où la médecine était l'apanage des prêtres et des moines. La charité évangélique leur faisait un devoir, étant pour ainsi dire les seules personnes instruites à cette époque, d'exercer la médecine avec charité. Pour nous, médecins du XIX[e] siècle, il en est tout autrement, car la vie a des exigences, nous devons donc exercer notre ministère non plus avec charité, mais avec humanité, ce qui est bien distinct. Notre humanité commence autour de nous-mêmes ; notre famille est à nos yeux de fils, de père et d'époux la première famille de l'humanité, d'où surgit pour nous non plus ce devoir complet et incommensurable d'abnégation que lui implique la charité, mais ce droit inaliénable et imprescriptible que nous impose la nature. Le médecin doit être charitable autant que qui que ce soit ; mais sa charité ne saurait se produire ni au détriment de sa propre famille, ni aux dépens de ses confrères.

Vous avez vu par le tarif ci-annexé que je suis loin de rejeter le service *pro paupere* ; dans ce cas point de demi-mesure, c'est un pauvre, ne lui marchandons ni nos soins ni son argent ; il ne peut solder nos honoraires, tant pis pour lui, tant mieux pour nous, c'est une bonne action de plus à notre avoir. Si cet indigent est à la charge de l'Administration, sous le patronage de l'assistance publique, nous avons droit de réclamer nos honoraires, et nous serions bien sots en agissant autrement (1). En cas d'épidémie, en cas de guerre, du reste nous l'avons tous suffisamment prouvé, nous sommes les simples soldats de l'humanité. L'honneur et le devoir nous font tenir bien haut le drapeau d'Esculape. C'est là, je vous l'avoue, l'unique exception, les honoraires qu'on vous offre en pareille circonstance vous devez les prendre et non les réclamer.

Comment arriverons-nous à mettre ces idées à exécution. Nous avons

(1) Si j'étais propriétaire est-ce que l'Etat me forcerait à loger tous les pauvres pour rien ? Restaurateur, devrais-je les héberger à ce dernier taux ? Et parce que je vends du drap, de la laine, de la soie, du coton il me faudra peut-être aussi les habiller gratuitement ? Non, non, je ferai ce que je pourrai et pas davantage. La patente du médecin nous a tout naturellement enlevé ce vieux reste de charité qui fit la gloire de nos aïeux pour nous assimiler aux négociants.

un puissant levier entre les mains, pourquoi ne savons-nous pas nous en servir ? Qu'auraient fait la fortune et le génie de M. de Lesseps devant l'isthme de Suez, que cinq ou six mille ans n'avaient pu percer malgré les tentatives de Néchao et peut-être même de quelques autres ? Avant que la goutte d'eau eût perforé le Mont-Cenis, Bardonnèche aurait attendu longtemps. Comment tenterait-on à l'heure actuelle de réunir Paris à Chandernagor ? A qui sont donc dues toutes ces merveilles de l'industrie ? A l'Association. Voilà le grand révolutionnaire de l'humanité. Il était donné à notre siècle de connaître cette force colossale et d'en tirer tous les fruits distribués à profusion par l'intelligence, le travail et le capital réunis.

Pour nous médecins, nous avons entre nos mains le germe d'une pareille force, nous n'avons pas su ou pas voulu jusqu'à présent en profiter. Les six ou sept mille adhérents de l'Association générale des médecins de France pourront, eux aussi, faire bien, faire grand. Nous savons tous qu'elle a des vices de fond, des vices de forme, mais elle n'en a pas de rédhibitoires. L'Association générale des médecins de France n'est qu'une vaste république fédérative ; chaque Association locale se meut un peu à sa guise et n'attend pas les ordres d'en haut comme beaucoup le supposent. Et parce que les heureux de la profession sont à la tête, il ne faut pas croire qu'on ne fasse rien. Dernièrement, à la Commission générale du département du Rhône, cette question que je traite ici fut soulevée; son rapporteur distingué avait obtenu un véritable succès ; savez-vous ce qui nous fit échouer : l'absence de la plupart des membres de la Commission. Ces messieurs, hélas ! n'étaient point à leur poste. A propos de la lecture du procès-verbal de la prochaine séance, nous devons tous reprendre la question en sous-œuvre ; nous y placerons de tels étais qu'il ne sera plus possible de la faire crouler. Alors nous pourrons proposer un tarif analogue inférieur ou supérieur à celui que j'ai l'honneur de vous soumettre aujourd'hui. Ce tarif, une fois débattu article par article et approuvé par la Commission du département du Rhône, pourra être reproduit par les journaux politiques de notre localité. Les Lyonnais le sauront, personne ne pourra plus ignorer notre surtaxe, qui ainsi violemment, brutalement entrera dans le domaine public ; ce sera ensuite à chacun de nous en particulier de lutter avec prudence et circonspection pour la faire passer dans les mœurs. La Commission a un nom impersonnel qui ne fera déverser le blâme ou le ridicule sur aucun de ses honorables membres.

Si quelques clients rient de nous, rient de notre proposition, tant mieux, nous verrons qui rira le dernier. Vespasien allait bien plus loin que nous quand il disait que l'argent ne salissait point les doigts, et pourtant c'était le fruit des impôts prélevés sur les cloaques romains.

Aux Aristarques et aux Molières liliputiens qui tenteront de nous ridiculiser, nous n'aurons qu'à leur montrer pièces de monnaie ou billets de banque en les priant de les regarder très-attentivement et de nous dire ensuite en leur âme et conscience s'ils y ont trouvé quelque chose de ridicule.

Si la Commission du Rhône craignait de se compromettre en donnant son approbation à pareille mesure, je suis sûr qu'on trouverait, sans sortir de son sein, des gens qui auraient le courage de leurs opinions et qui ne penseraient ni se dégrader ni se vilipender en mettant leurs noms au bas d'un

tarif de ce genre. Mais c'est à la Commission qu'incombe ce devoir. Du jour où l'Association soutiendra ses adhérents dans leurs réclamations, elle verra diminuer le nombre des misères qu'elle est appelée à soulager.

La presse politique, saisie de notre tarif, le publiant *in extenso*, verra sourdre des récriminations de tout genre, peu nous importe, restant tous impersonnels sous le sceau de la Commission, le public étant averti en bonne et due forme, le client s'y fera nécessairement. Il n'aura qu'à suivre notre exemple. Sa susceptibilité et la nôtre se calmeront peu à peu, alors les honoraires deviendront équitables, et pour celui qui les donne et pour celui qui les reçoit.

Dr F. Garnier.

NOUVELLES LOCALES ET DIVERSES

— L'Administration du *Lyon Médical* a l'honneur d'informer les abonnés de la ville qu'à partir de ce jour le prix annuel de l'abonnement est porté à 18 francs, en raison des nouvelles charges résultant de l'impôt sur le papier.

Le prix de l'abonnement reste fixé à 12 francs pour les étudiants en médecine et en pharmacie.

— Dans sa dernière séance, la Société de médecine de Lyon a procédé par voie d'élection au renouvellement partiel de son bureau. Ont été nommés : M. Rodet vice-président, et MM. Marduel et Létiévant secrétaires des séances.— Le bureau pour l'exercice 1874 et 1875 se trouve donc ainsi composé : MM. Girin, *président;* Rodet, *vice-président;* Diday, *secrétaire général;* Marduel et Létiévant, *secrétaires des séances*, Chappet, *trésorier*, Fonteret, *archiviste.*

— M. le professeur Berne a, dans la dernière séance de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Lyon, prononcé son discours de réception. Le sujet traité par le nouvel académicien : *Quelques pensées sur la vie et l'hygiène de l'enfance*, répond parfaitement aux préoccupations actuelles.

— Une enquête vient d'être ouverte pour le transfert de l'Ecole de médecine et de pharmacie sur le quai de la Vitriolerie (rive gauche du Rhône).

—Nos confrères les docteurs Brochard de Lyon, et Monot, de Montsauche, viennent d'être appelés à Versailles par la Commission législative chargée d'examiner le projet de loi concernant la protection des nouveau-nés.

Cette Commission a désiré avoir, pour le projet de loi en discussion, l'avis de ces deux médecins, dont les travaux sur la mortalité des nouveau-nés sont connus de tout le corps médical,

Nous savons de source certaine que les chiffres de mortalité des nourrissons et des enfants trouvés donnés par nos deux confrères, qui varient de 11 pour 100 à 70 pour 100 dans les différents départements, suivant le degré de surveillance médicale dont ces petits êtres sont l'objet, ont vivement impressionné la Commission.

Ces deux honorables médecins n'ont pas eu de peine à démontrer que les chiffres de mortalité des enfants trouvés donnés par l'Administration sont presque tous erronnés. Les députés des départements cités dans la discussion, qui font partie de la Commission législative ont affirmé devant leurs collègues que tous les faits révélés par nos deux confrères *étaient parfaitement vrais*.

— Nous recevons de source sûre la liste suivante des membres de l'Assemblée nationale qui appartiennent au corps médical, liste plus complète qu'aucune de celles qui ont été publiées :

Quatre membres de la Droite ou du Centre droit : MM. les docteurs Bouisson (Hérault), Bourgeois (Vendée), Labitte (Oise) et Leurent (Nord).

Quatre du Centre gauche : MM. les docteurs Le Gal-Lasalle (Côtes-du-Nord), Malézieux (Aisne), Rampont (Yonne() et Roussel (Lozère).

Seize de la Gauche républicaine ; MM. les docteurs Allemand (Basses-Alpes), Ancelon et Bamberger (Meurthe-et-Moselle), Bert (Yonne , Chevandier (Drôme), Du Fay (Loir-et-Cher), Littré (Seine), Lebreton et Morvan (Finistère), De Mahy (île de la Réunion), Maure (Alpes-Maritimes), Soye (Aisne), Testelin (Nord), Taberlet (Haute-Savoie), Thomas (Marne) et Warnier (Algérie).

(Parmi ces derniers, six font en même temps partie de l'Union républicaine : MM. Allemand, Bert, Chevandier, de Mahy, Taberlet et Testelin.)

Cinq, enfin, appartiennent à l'Union républicaine : MM. Guyot (Rhône). Naquet (Vaucluse). Rathier (Yonne), Tiersot (Ain) et Turigny (Nièvre).

En résumé, sur les vingt-neuf médecins de l'Assemblée, quatre siégent à droite et vingt-cinq à gauche.

Parmi eux, trois sont plutôt des hommes de science que des praticiens ; ce sont MM. Bert, Littré et Naquet ; deux ont abandonné la médecine : MM. Leurent, grand industriel dans le Nord, et M. Rampont, ancien directeur des postes.

M. Ducoux, député de Loir-et-Cher et directeur de la Compagnie des Petites-Voitures, décédé il y a bientôt un an, était aussi docteur en médecine.

Les médecins de l'Assemblée nationale, auxquels s'étaient joints MM. Delacroix (Eure-et-Loir) et Labélonye (Seine-et-Oise), tous deux pharmaciens, avaient formé une réunion particulière qui, jusqu'au milieu de l'année qui finit, avait des séances au moins une fois par semaine. Cette réunion avait pour objet d'étudier les questions soumises à l'Assemblée qui se rattachaient à la médecine par quelque point. Elle a examiné, avec la compétence qui appartient à ses membres, les propositions de loi relatives à l'exercice et à l'enseignement de la médecine, à l'accroissement du nombre des Facultés de médecine en France, à l'organisation du service médical dans les établissements thermaux, au Conseil supérieur de l'instruction publique, à l'assistance publique dans les campagnes, aux commissions administratives des hôpitaux et hospices civils et des bureaux de bienfaisance, à la répression de l'ivresse publique, etc.

—Le chiffre des inscriptions prises en novembre 1873, à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Bordeaux s'élève à 384. Il avait été de 325 au mois de

novembre de l'année dernière. Les inscriptions se décomposent ainsi : pour le doctorat 233, pour le grade d'officier de santé 65, pour le grade de pharmacien de première classe 23, pour le grade de pharmacien de deuxième classe 63.

— Les inscriptions de novembre à l'Ecole de médecine de Toulouse sont au nombre de 185, ainsi réparties : pour le doctorat, 123 ; pour le diplôme d'officier de santé, 29 ; pour le diplôme de pharmacien de première classe, 7 ; pour celui de deuxième classe, 26. Ce chiffre de 185 est inférieur à celui des années précédentes.

— Le professeur Brunetti vient d'imaginer de nouveaux appareils pour la crémation des cadavres, après s'être convaincu, par cinq expériences exécutées sur des cadavres humains (femme de trente-cinq ans, du poids de 52 kilog. 550 gramm., réduite à 2 kil. 542 gramm.; homme de quarante-cinq ans, du poids de 43 kil. 100 gramm., réduit à 1 kil. 294 gramm.) dans les circonstances les plus variées (combustibles divers, cornues de gazomètres, vases clos, air libre), que « l'incinération des cadavres et la calcination complète des os avec le feu est impossible dans les conditions ordinaires ».

Description : 1° Fournaise *forno*) en briques (ordinaires ou mieux réfractaires) figurant un parallélogramme, munie, sous ses parois, de dix ouvertures, afin de diminuer ou d'augmenter à volonté la circulation de l'air, et partant l'intensité du feu ; à sa partie supérieure est creusée une gouttière en tuile destinée à recevoir :

2° Un grand cerceau en fer (*sostegno*) sur lequel viennent s'abattre :

3° Des volets cintrés en fonte, formant dôme (*riverberi*), pouvant être ouverts ou fermés au moyen de régulateurs, de manière à répercuter les flammes et à concentrer le calorique ;

4° Une large plaque métallique de peu d'épaisseur (*supporto*) sur laquelle repose le cadavre fixé par de gros fils de fer. Ses dimensions sont calculées de manière à ménager la libre circulation de l'air lorsqu'elle est introduite dans la fournaise.

L'opération comprend trois périodes : l'embrasement du cadavre ; sa combustion spontanée ; l'incinération des parties molles et la calcination des os.

Première période : Demi-heure après avoir mis le feu à la pile de bois placée dans la fournaise commence l'inflammation du cadavre. Il se dégage pendant ce temps une quantité considérable de gaz, et c'est à ce moment qu'il est indispensable de manœuvrer les volets de fonte (*riverberi*).

Deuxième période : La combustion spontanee du cadavre, qui se produit alors, « impressionne toujours l'esprit et vous rend pensif ».

Si la pile de bois a été convenablement disposée, deux heures suffisent pour obtenir une carbonisation complète.

Troisième période : Après avoir ouvert les volets, on réunit au moyen d'une palette à crochet, sur la plaque qui sert de support, la masse carbonisée ; puis on abaisse sur elle une nouvelle plaque en fonte (pour concentrer davantage la chaleur) ; finalement, on renouvelle le combustible.

Au moyen de ces appareils (avec une dépense de 70 à 80 kil. de bois), on

obtient en deux heures une crémation complète (incinération des parties molles et calcination parfaite des os).

Lorsque la fournaise est refroidie, les cendres et les os sont recueillis et déposés dans des urnes funéraires.

La dernière expérience du docteur Brunetti a été faite sur un homme de cinquante ans, mort à la suite d'une bronchite chronique.

Le poids du cadavre était de 51 kil. et son volume représenté par un cube de 35 centimètres d'arête.

Après l'opération, le poids était réduit à 1 kil. 750 gr. et l'arête du cube n'était plus que de 17 centimètres. *(Revue des cours scientifiques.)*

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Vidart, fondateur et directeur de l'établissement hydrothérapique de Divonne (Ain), très-fréquenté par les malades de notre région.

— Une disposition a été insérée dans la loi des finances pour autoriser la perception d'un droit de dix francs levé sur chaque étudiant, et destiné à la dépense des bibliothèques des Facultés.

— Dans un village des environs de Paris, il y avait, il y a une vingtaine d'années, un arbre jouissant, d'après la rumeur populaire, du privilége de guérir les maladies nerveuses. Il suffisait d'un simple attouchement de l'écorce pour que le miracle s'opérât aussitôt. Dès que la nouvelle s'en fut répandue, de dix lieues à la ronde on vit arriver, cahin caha, la procession des paralytiques, des boiteux et des bancals. Bientôt la foule fut si nombreuse qu'il devint impossible aux derniers arrivants d'approcher de l'arbre à moins d'une attente de plusieurs heures. Que fit l'entrepreneur du pèlerinage ? Il entoura le tronc de l'arbre d'une corde et invita les nouveaux venus à s'y pendre à la queue leu-leu ; plus il en venait plus la corde s'allongeait. La vertu miraculeuse se transmit à travers les mailles du chanvre comme le fluide électrique sur la tige du paratonnerre. La corde ne tarda pas à agir comme l'écorce, et les boiteux s'en allèrent clopin-clopant comme devant, mais persuadés qu'après deux ou trois pélerinages ils ne boiteraient plus. Allez donc détromper des gens qui se tiennent pour guéris, et qui le sont en effet quand l'imagination est la première cause de leur mal !

—Voici, pour finir, une petite histoire que nous découpons dans un feuilleton inédit du docteur Barbier, de Saint-Symphorien-de-Lay :

Dans la commune de Neulize, limitrophe de la mienne, existe une maison où, de père en fils depuis un temps immémorial, on vient tous les jours de vingt lieues à la ronde pour se prévenir de la rage. — La victime d'une morsure de chien (enragé ou non) y boit, à genoux un verre d'eau au fond duquel se trouve une *prétendue* dent de saint Hubert ; ces gens-là s'en vont rassurés, et je ne connais pas d'exemple qu'aucun d'eux ait été pris d'hydrophobie.

Lorsqu'un blessé me demande mon appréciation sur cette pratique, je commence par lui faire.... tout ce que je sais faire ; après quoi je lui dis : Si vous voulez aller à Neulize....

Faudrait-il fermer cette maison afin de « proscrire impitoyablement cette superstition ? » — Non. Faut-il la laisser vivre ? — Oui. C'est l'opinion du conseil communal.... et des aubergistes de l'endroit.

MÉTÉOROLOGIE. — MALADIES RÉGNANTES. — DÉCÈS.

DÉC.	THERMOMÈTRE. Minim.	THERMOMÈTRE. Maxim.	BAROMÈTRE 9 h. matin	HYGROMÈTRE.	PLUVIOMÈTRE. mm	ÉVAPORATION.	VENTS.	ÉTAT DU CIEL.	OZONE.	DÉCÈS.
15	— 4.4	— 1.2	754	0.97	»	—	N.O.	Couv.	0	34
16	— 4.5	— 0.8	756	0.98	»	—	N.E.	—	0	17
17	— 1.4	+ 2.9	753	0.96	3.0	—	N.	Brouillard	0	19
18	+ 1.8	+ 7.5	753	0.92	0.2	0.7	N.O.	Couv.	0	33
19	+ 3.8	+ 10 0	749	0.95	0.1	0 5	—	Brouillard	0	24
20	+ 3.1	+ 6.1	747	0.94	»	0.6	S.O.	—	0	19
21	+ 4.9	+ 10.0	751	0.91	0.5	0.3	N.O.	Couv.	0	30
22	+ 2.2	+ 8.2	752	0.92	»	0.7	N.E.	Brouillard	0	25
23	+ 0.5	+ 6 6	754	0.93	»	0.4	—	—	0	24
24	+ 1.3	+ 6.8	754	0.93	0.1	0.2	—	—	0	23
25	+ 2.5	+ 7.7	752	0.91	0.1	0.7	N.O.	Couv.	0	20
26	— 0.2	+ 6.3	752	1.98	»	0.1	N.	—	0	15
27	— 0.6	+ 10.3	747	0.94	0 5	0.9	N.E.	Brouillard	0	14
28	+ 2.5	+ 11.4	746	1.69	0.5	1.1	N.O.	Beau.	2	16

Peu de modifications dans l'état médical régnant, ainsi que dans le siége des localisations morbides.

Les bronchites persistent avec la même fréquence ; le nombre de celles qui se capillarisent est toujours très-élevé. Les pneumonies, elles aussi, sont fréquentes et graves, surtout chez les vieillards ; avec les congestions pulmonaires, ce sont elles qui forment la cause la plus fréquente des décès chez les gens âgés.

Beaucoup de congestions et quelques apoplexies cérébrales ces derniers jours.

Les fièvres typhoïdes continuent à diminuer très-sensiblement de fréquence, mais les rougeoles paraissent un peu plus nombreuses. Quelques diphthéries ; même absence de varioles.

Quelques assez rares rhumatismes articulaires aigus ; quelques névralgies rhumatismales.

Etat satisfaisant des maternités et des services de chirurgie.

Le bulletin des causes de décès pour Lyon, du 15 décembre au 28 décembre (deux semaines), donne les résultats suivants :

Variole, 0 ; — Scarlatine, 0 ; — Rougeole, 1 ; — Fièvres continues, 8 (typhoïde, 5 ; muqueuse, 1 ; catarrhale, 2) ; — Érysipèle, 0 ; — Bronchite aiguë, 12 ;— Pneumonie. 17 ; — Pleurésie, 0 ; — Dyssenterie, 1 ; Diarrhée, 5 ; — Cholérine, 0 ; — Choléra, 0 ; — Angine couenneuse, 2 ; Croup, 1 ; — Affections puerpérales, 1 ; — Affections cérébrales, 43 ; — Maladies du cœur, 16 ; — Phthisie, 62 ; — Catarrhe pulmonaire, 41 ; — Autres maladies aiguës, 39 ; — Autres maladies chroniques, 46 ; — Affections chirurgicales, 17 ; — Causes accidentelles, 1 ; — Total : 313 — Mort-nés, 21.

Le président du Comité de rédaction, **P. DIDAY.**

Le Gérant, **J. ICARD.**

Lyon. — Imp. Aimé Vingtrinier.

ÉRYSIPÈLE ; — ASSISTANCE CHIRURGICALE A DOMICILE ; ÉVACUATION DES OPÉRÉS.

C'est une bien ancienne actualité que l'érysipèle pour en faire l'objet d'un bulletin. Mais bien nouveau serait le remède préventif ou curatif; et puis il ne se passe pas d'année sans que dans notre grand centre chirurgical, l'Hôtel-Dieu, quelque épidémie meurtrière ne vienne rajeunir cette vieille question. Dans ces moments où le chirurgien laisse rouiller son bistouri, tous ceux qui sont obligés de contempler, impuissants, les lueurs lugubres de ces foyers d'infection que constituent les grands hôpitaux, tous se prennent à réfléchir aux moyens proposés pour conjurer le mal ou le prévenir. Alors il semble opportun de ne laisser passer aucune idée émise, aucune expérience tentée sans les signaler ; dût-on leur prédire une application impossible, dût-on constater leur inefficacité. De tous les efforts tentés dans ce sens, il est toujours resté quelque chose de plus que le souvenir. La contemplation d'une lutte persévérante contre un ennemi toujours victorieux est saine et fortifiante, pour le médecin surtout, qui ne doit jamais désespérer. Cette lutte est aussi le meilleur moyen de provoquer la sollicitude publique.

Pour supprimer l'incendie, le moyen radical serait de supprimer le foyer, l'hôpital. Sur bien des points cette louable pensée rencontre, hélas ! la même objection que l'utopie qui voudrait donner des rentes à tous les prolétaires. Mais c'est surtout au point de vue de l'assistance chirurgicale qu'elle se heurte à des difficultés matérielles trop évidentes pour les énumérer toutes. D'abord dans les grandes villes où il existe une division de la pratique médicale, le personnel chirurgical serait insuffisant. M. Bouchardat (*Revue scientifique*) croit qu'on engagerait « un plus grand nombre de jeunes gens distingués dans la direction chirurgicale, en attachant à chaque quartier un chirurgien nommé au concours comme ceux du Bureau central, mais pour un nombre d'années limité, et avec une indemnité suffisante pour faciliter les débuts dans la carrière à des hommes d'une incontestable valeur. » A Lyon,

la disette de chirurgiens se ferait certainement moins sentir qu'à Paris ; il y aurait lieu cependant d'y pourvoir dans une certaine mesure, et de les intéresser à la création d'un semblable service.

Mais quelles illusions se fait M. Bouchardat sur l'efficacité de son moyen ! Les chirurgiens lyonnais, qui voient accourir dans leurs salles des gens relativement aisés, savent bien qu'il faudrait avant tout inculquer aux malades les convictions du professeur d'hygiène, qui « aimerait mieux subir une grande opération dans un grenier, sur un grabat, avec du pain et une cruche d'eau, que de courir les chances de l'empoisonnement nosocomial. » La vieille renommée du *grand* hôpital aura longtemps encore sur les malades qui ont à subir une opération la funeste attraction de la lumière sur les papillons. N'est-il pas arrivé au chirurgien de l'hôpital de la Croix-Rousse de décider des malades au sacrifice d'un membre, et de les voir descendre se faire amputer à l'Hôtel-Dieu en pleine épidémie d'érysipèle !

Du reste, indépendamment de l'idée préconçue du patient, des nécessités matérielles font que, pour tout acte opératoire considérable ou difficile, un centre commun reste indispensable. Le pansement ouaté devait faire naître l'idée d'opérer à l'hôpital et de renvoyer immédiatement l'opéré à son domicile. C'est ce qui se fait sur une grande échelle dans un des services de l'Hôtel-Dieu. Les opérés qui n'ont pas besoin de surveillance continue sont évacués et reviennent au bout de huit, quinze jours ou même plus se faire lever leur premier pansement. Il y a évidemment là les germes d'une pratique qui, combinée avec l'organisation d'un service fait par des aides à domicile, pourra constituer une précieuse amélioration. Mais les plus graves traumatismes accidentels ou chirurgicaux échappent à cette mesure. N'y aurait-il pas lieu d'essayer d'utiliser pour eux les petits hôpitaux dont dispose l'administration lyonnaise. Cet asile de Longchêne, où les convalescents coûtent plus cher que les malades, ne pourrait-il pas recevoir, au moins à titre d'essai, les grands opérés transportables. L'érysipèle y a déjà fait des victimes, mais l'expérience a-t-elle été suffisamment prolongée pour qu'on puisse conclure !

Il y a aussi une autre expérience à tenter dans les hôpitaux lyonnais, et celle-là est encore plus facile. Il a été créé à l'hôpital de la Croix-Rousse un service de chirurgie où toutes les principales conditions hygiéniques semblent réalisées : nombre restreint des

malades, salles petites, bien aérées et ventilées, etc. ; il n'y manque qu'une chose pour juger de l'efficacité de ces conditions, ce sont de grands blessés. Il n'y a dans le quartier ni circulation active, ni grandes manufactures, ni constructions importantes, ni chemins de fer. Pourquoi ne dirigerait-on pas sur ce service quelques-uns de ces grands traumatismes à qui le séjour de l'Hôtel-Dieu est si souvent funeste.

Rêvons pour l'avenir de voir toutes ces plaies soignées à domicile, mais sachons pour le présent réclamer des mesures d'application facile et pratique. A. F.

DE L'ACTION DE LA SUEUR SUR QUELQUES SELS MÉTALLIQUES, CONSIDÉRATIONS SUR LE RÔLE DE LA SUEUR ET DES GLANDES SUDORIPARES;

Par le docteur P. Aubert.

Ayant entrepris quelques recherches sur l'absorption cutanée, et nous servant de réactifs variés pour apprécier le mode de pénétration des substances employées, nous ne tardâmes pas à constater que la sueur exerce à elle seule une action très-nette et très-intense sur quelques-uns de ces réactifs, et qu'il fallait, par conséquent, pour se dégager d'une cause d'erreur, étudier et préciser tout d'abord cette action.

Les recherches que nous avons entreprises nous ont été inspirées par les remarquables travaux de M. Merget sur les fonctions des feuilles, et nous avons eu souvent recours pour leur exécution aux moyens d'investigation découverts par cet éminent physicien et physiologiste. Notre manière d'expérimenter a consisté dans les expériences actuelles à appliquer directement et avec une pression plus ou moins forte la paume de la main sur des feuilles de papier imprégnées de la substance sur laquelle on veut étudier l'action de la sueur. On obtient ainsi des empreintes, de véritables tracés, que l'on peut conserver et interpréter.

L'application de papiers réactifs sur les diverses régions du corps donne des résultats qui ne diffèrent pas, quant à leur nature, de ceux fournis par la face palmaire de la main et des doigts, mais qui en diffèrent beaucoup, soit par leur moindre

intensité, soit surtout par la difficulté plus grande de les obtenir.

Cela tient à des différences anatomiques que nous allons rapidement énumérer. Les tracés obtenus sont essentiellement produits par la sueur ou par son résidu. Or, à la paume de la main, les glandes sudoripares sont plus nombreuses que partout ailleurs, ces glandes sont portées et mises en relief par les crêtes papillaires sur lesquelles elles viennent s'ouvrir, elles présentent dans leur trajet épidermique un conduit spiroïde qui leur permet de fonctionner même lorsqu'une pression assez forte s'exerce à la surface de la peau. De plus, la peau de la région palmaire est constamment étalée et fixée dans les mêmes rapports avec les parties profondes, sur lesquelles elle ne glisse pas. Si nous ajoutons à toutes ces conditions le fait d'une activité sécrétoire plus considérable chez la plupart des sujets et la facilité très-grande d'expérimenter sur une région constamment découverte, on comprendra facilement, que mieux que toute autre partie du corps, la paume de la main se prête à la production d'empreintes exactes avec un temps de pose relativement court et pendant lequel on peut conserver une complète immobilité, indispensable à la netteté du résultat.

La plante des pieds seule présente des conditions anatomiques semblables à celles de la main ; mais, indépendamment de ce que l'expérimentation y est bien moins commode, il s'y rencontre, par le fait de l'accumulation de couches épidermiques épaisses et irrégulières, une condition défavorable que l'on peut atténuer par le raclage préalable de la surface, mais qui même alors ne permet pas d'obtenir des tracés aussi délicats et aussi parfaits qu'avec la main.

Les deux sels dont nous nous sommes servi dans nos expériences sont le nitrate d'argent et le protonitrate de mercure, mais ces sels ne sont pas les seuls qu'un produit aussi complexe que la sueur puisse impressionner.

Empreintes obtenues sur le papier imprégné de nitrate d'argent.

On prépare une solution de nitrate d'argent cristallisé dans l'eau distillée ; 2 à 4 grammes sur 200 donnent une solution convenable, mais on peut sans inconvénient diminuer ou augmenter la proportion de nitrate. On verse une quantité suffisante du liquide obtenu sur une feuille de papier à dessin d'un format dépassant

un peu en tous sens la grandeur de la main, et on l'étend aussi également que possible avec un tampon de papier mou ou un morceau d'éponge fine. Il est bon de préparer ainsi à la fois huit à dix feuilles, que l'on fait sécher dans un endroit obscur. Le moment où le papier ainsi préparé est le plus sensible est celui où il donne encore à la main, mais sans la mouiller, une très-légère sensation d'humidité. On peut se servir également du nitrate d'argent ammoniacal, préparé en versant dans la solution quelques gouttes d'ammoniaque, jusqu'à ce que le précipité d'abord obtenu se redissolve. Ce nitrate d'argent ammoniacal est le réactif employé par M. Merget pour déceler les plus faibles traces de vapeur mercurielle. Sur ces feuilles, on applique la main bien à plat et on la maintient immobile et exactement adaptée en la chargeant de quelques poids ; la durée de la pose peut varier d'une demi-minute à deux ou trois minutes, ou plus selon l'abondance de la sécrétion.

Le résultat obtenu diffère, suivant que la main est très-récemment lavée ou qu'on a laissé s'accumuler sur elle le résidu de la sueur.

1° *Main récemment lavée.* — Au sortir de la main, on ne constate absolument rien ; mais il y a plusieurs moyens de révéler l'image. Le plus simple consiste à exposer la feuille à la lumière ; et alors très-rapidement à la lumière diffuse, plus vite encore aux rayons du soleil, on voit apparaître une empreinte d'un noir violet. Cette empreinte est constituée par un pointillé fin et élégant, à points régulièrement espacés, disposés en lignes courbes, rappelant les crêtes papillaires de la peau. Nous verrons plus loin que chaque point correspond à l'orifice d'une glande sudoripare.

On obtient ainsi par l'exposition à la lumière une image positive, une empreinte noir violet sur fond blanc, que l'on peut virer et fixer par les procédés photographiques.

Un autre moyen de déceler l'empreinte, mais il faut pour cela que celle-ci ait été obtenue avec le nitrate d'argent ammoniacal, consiste à exposer la feuille aux vapeurs mercurielles.

L'empreinte est alors négative et ressort en blanc sur un fond noir.

2° *Main non lavée.* — En procédant comme ci-dessus, on obtient des empreintes dans lesquelles on ne retrouve plus qu'exceptionnellement le pointillé. Celui-ci est remplacé par une série

de lignes courbes régulières, reproduisant exactement toutes les saillies et crêtes papillaires de la face palmaire de la main et des doigts.

La théorie de la formation de ces impressions au nitrate d'argent pur ou ammoniacal est très-simple. Il suinte constamment par chaque orifice sudoripare une petite quantité de sueur; au niveau donc de chaque orifice, en présence du chlorure de sodium, de la sueur, le nitrate d'argent est transformé en chlorure d'argent rapidement impressionnable à la lumière. Si la main a été préalablement bien lavée, sa surface ne présente d'autre chlorure de sodium que celui qui vient sourdre avec la sueur à l'extrémité du conduit glandulaire, et on obtient alors l'image pointillée. Si la main n'a pas été lavée depuis quelque temps, la sueur et le chlorure de sodium se sont diffusés sur toute la surface et plus spécialement sur les crêtes papillaires, au niveau desquelles s'ouvrent les glandes, et alors comme dans la pression de la main ces crêtes par le fait de leurs saillies touchent seules le papier; on a une série de lignes régulières répondant aux crêtes et séparées par d'étroites lignes restées blanches, répondant aux sillons interpapillaires.

Un autre élément peut intervenir pour former un sel d'argent sensible à la lumière. Il se pourrait, mais nous n'osons l'affirmer absolument, que par un phénomène de double décomposition entre les sudorates alcalins de la sueur et le nitrate d'argent du papier il se produise des nitrates de potasse et de soude et un sudorate d'argent qui est encore plus sensible à la lumière que le chlorure d'argent.

L'image négative obtenue après exposition aux vapeurs de mercure s'explique aussi très-simplement. Le nitrate d'argent ammoniacal noircit rapidement, par le fait de la réduction du sel, sous l'influence des vapeurs mercurielles; mais là où la transformation en chlorure a eu lieu, l'action du mercure ne s'exerce pas et la surface reste blanche. Cependant, comme le papier est en général imprégné d'une quantité de nitrate d'argent que la faible proportion de chlorure de sodium ne suffit pas à transformer complètement, si on prolonge l'action des vapeurs mercurielles, l'empreinte disparaît, et toute la surface devient d'un noir métallique uniforme. On conçoit que, suivant que la diffusion de la sueur s'est produite depuis un temps plus ou moins long et qu'elle a été favorisée par le frottement de la main sur les objets

qu'elle touche, on puisse avoir tous les intermédiaires entre l'empreinte à pointillé très-net et l'empreinte à lignes continues. Il est presque inutile d'ajouter que si la main est en transpiration, et surtout si elle présente des gouttes de sueur, l'empreinte, au point où ces gouttes existent, n'est qu'une tache informe.

Empreintes obtenues sur le papier au proto-azotate de mercure.

Le sel désigné sous ce nom est plutôt, en se rapportant aux règles de la nomenclature chimique, un azotate de sous-oxyde de mercure. Hg 2 O Az O 5 + 2 H O. Mis dans de l'eau distillée froide, ce sel se décompose ; une partie se dissout dans le liquide, l'autre se précipite sous forme d'une poudre blanche ; c'est exclusivement la partie dissoute qu'on emploie pour les expériences. On imprègne avec cette solution des feuilles de papier, en procédant pour cela et pour l'application de la main de la manière que nous avons indiquée plus haut, à l'occasion du nitrate d'argent. Là encore, nous distinguerons les empreintes obtenues en deux séries, celles produites avec la main récemment lavée, celles obtenues avec la main non lavée.

1° *Main récemment lavée.* — Deux circonstances peuvent se présenter : souvent, surtout au moment où la sécrétion est peu abondante, on ne voit rien ou à peu près rien après l'application de la main, et il semble que le réactif n'ait pas été impressionné ; mais si on expose la feuille aux vapeurs d'ammoniaque, qui réduisent énergiquement l'azotate mercuriel, on voit alors apparaître une empreinte blanche sur un fond noir. Cette empreinte présente le pointillé que nous avons décrit plus haut, mais le plus souvent un peu diffus et n'ayant pas la netteté de celui obtenu avec le nitrate d'argent. Dans les cas où la sécrétion de la sueur est un peu plus forte, on observe immédiatement après la sortie de la main une empreinte d'un noir plus ou moins intense sur fond blanc, empreinte habituellement très-délicate et très-fine, pointillée comme la précédente, chaque point correspondant à un orifice sudoripare.

Cette empreinte ne présente pas le noir intense qu'on obtient par l'action des vapeurs ammoniacales en excès sur le proto-nitrate de mercure, elle est plutôt un peu grise ; aussi, probablement pour cette cause, si on expose l'empreinte ainsi obtenue aux vapeurs ammoniacales, le noir plus intense de la réaction

produite autour de l'empreinte fait ressortir celle-ci en blanc sale sur un fond noir.

2° *Main non lavée.* — Ici l'empreinte ne présente plus qu'exceptionnellement et par places un pointillé, et elle est formée essentiellement de lignes noirâtres correspondant aux crêtes papillaires et séparées par des lignes concentriques blanches correspondant aux sillons interpapillaires. Si on expose cette empreinte positive aux vapeurs ammoniacales, elle est intervertie et devient négative, tout ce qui était resté blanc devient noir et tout ce qui était auparavant noir ressort en blanc sale sur un fonds noir.

La théorie des empreintes ainsi produites est plus complexe que celle des empreintes obtenues avec le nitrate d'argent et dans lesquelles la transformation du nitrate en chlorure, et peut-être aussi en sudorate, et la réduction ultérieure par la lumière du sel d'argent nous donnent une explication très-simple du fait observé. Ici, les réactions sont plus nombreuses, une partie du proto-azotate de mercure est transformée en chlorure ; mais, en même temps, sous l'influence des divers sels de la sueur, qui, tous, sont des sels alcalins, les uns à réaction neutre, les autres à réaction alcaline, une autre partie du proto-azotate de mercure est réduite à l'état d'oxyde, et même, en certaine proportion, à l'état de mercure métallique. Tous les sels alcalins dont nous avons essayé l'action sur le papier impregné de protonitrate, produisent cette réduction ; ceux de ces sels qui ont une réaction alcaline, carbonate et lactate par exemple, réduisent énergiquement, tandis que les sels alcalins à réaction neutre ont une action réductrice bien plus faible, et parfois à peine sensible.

Le chlorure de sodium produit la double réaction indiquée ci-dessus. Il transforme une partie du sel de mercure en chlorure et réduit l'autre partie ; la première réaction se produit plus aisément que la seconde ; aussi, si la quantité de sueur sécrétée est très-faible, le papier ne présente d'abord aucune empreinte, et celle-ci ne ressort qu'après exposition à l'ammoniaque, qui noircit tous les points non impressionnés ; mais si la quantité de chlorure est un peu plus forte, la double réaction se manifeste. On conçoit, d'après ce qui précède, que plus la proportion relative des sels alcalins, et surtout de ceux de ces sels qui ont une réaction alcaline sera considérable dans la sueur, plus les empreintes obtenues immédiatement sur le protonitrate seront intenses. Cet

accroissement de la proportion des sels alcalins se réalise dans certaines conditions de sudation forcée, telles que Favre les réalisait dans les recherches où il recueillait, pour ses analyses, plusieurs litres de sueur; mais on conçoit qu'en dehors de toute expérimentation, sous l'influence des chaleurs de l'été, du poids des couvertures, de quelque état morbide, etc., pareil fait puisse se produire.

Nous reviendrons sur ce point à l'occasion des applications pathologiques.

La main non lavée donne toujours sur le protonitrate une empreinte d'un noir plus ou moins intense et dont on s'explique facilement la formation, après les détails que nous venons de donner et en se rappelant que le résidu laissé par la sueur a toujours une réaction alcaline. Les empreintes sur protonitrate de mercure ont ce grand avantage sur celles au nitrate d'argent qu'on peut, sans autre préparation et sans autre précaution que celle de les soustraire aux vapeurs d'ammoniaque ou de sulfhydrate d'ammoniaque, les conserver indéfiniment.

Interprétation des empreintes.

Nous venons de voir comment on obtient les tracés et nous avons donné la théorie de leur formation; il faut maintenant interpréter les résultats obtenus. Nous avons affirmé, mais sans le démontrer encore que, dans les empreintes pointillées, chaque point répond à une glande sudoripare.

Il est difficile tout d'abord, en voyant ces points également espacés, disposés en séries régulières, de se soustraire à l'idée qu'ils sont dus aux glandes sudoripares, surtout si l'on songe à la facilité qu'il y a d'expliquer leur formation par l'action de la sueur et à l'impossibilité de trouver une autre explication satisfaisante; mais on peut donner une démonstration plus directe.

Les glandes sudoripares viennent s'ouvrir sur les crêtes papillaires et non dans les sillons qui les séparent; or, il est facile de vérifier que c'est également au niveau de ces crêtes que le pointillé des empreintes est produit. On a une démonstration très-nette de ce fait en appliquant la main sur une feuille préparée au protonitrate de mercure, puis enduite d'une couche à peine sensible de noir de fumée.

Après l'application de la main, toutes les saillies de celle-ci ont

enlevé le noir au point de contact; il en résulte une empreinte blanche sur fond noir, dans laquelle les lignes blanches correspondent aux crêtes papillaires; or, dans les expériences réussies, on peut retrouver sur ces lignes blanches le pointillé noir produit par la sécrétion glandulaire. Une expérience du même genre et tout aussi probante consiste à appliquer la main très-légèrement enduite d'une substance colorante. Toutes les crêtes papillaires viennent alors s'imprimer en lignes colorées sur le papier; or, c'est au niveau de ces lignes colorées que l'on trouve le pointillé noir.

Sans recourir à ces artifices, on obtient fréquemment, avec la main non lavée des empreintes mixtes, dans lesquelles, par le fait de la diffusion inégale de la sueur, une partie de l'image est pointillée, l'autre disposée en tronçons de ligne; et l'on voit clairement que points et tronçons font partie de la même ligne courbe et que par conséquent, c'est bien au niveau des crêtes papillaires que se trouvent les points noirs. Si, précisant plus encore, on mesure l'écartement de ces points, si on en calcule le nombre, on trouve des résultats en harmonie parfaite avec ce que nous savons de la disposition, de l'écartement et du nombre des glandes sudoripares.

Il est bien certain que dans ces empreintes comme dans les épreuves photographiques, par exemple, il s'en trouve de bonnes et de mauvaises, de nettes et de diffuses, et que nous ne parlons que de celles qui ont été produites avec soin, et qu'il est, du reste, très-facile d'obtenir avec un peu d'habitude.

En résumant ce qui résulte de la première partie de ce travail, nous concluons que l'on peut, en appliquant la main sur des feuilles de papier imprégnées soit de nitrate d'argent, soit de protonitrate de mercure, obtenir des tracés de deux espèces. Premièrement des tracés présentant un pointillé fin et régulier, répondant aux glandes sudoripares, lorsque la main a été récemment lavée; deuxièmement, un tracé en lignes répondant aux crêtes papillaires lorsque le résidu de la sueur s'est diffusé et accumulé sur la main depuis un temps plus ou moins long. La théorie de la production de ces tracés est très-simple, le nitrate d'argent est transformé en chlorure d'argent, et peut-être aussi, dans certaines conditions, en sudorate d'argent, en présence des sels de la sueur. Les sels d'argent ainsi formés, soit par leur impresionnabilité à la lumière, soit par leur résistance à l'action

des vapeurs mercurielles, donnent des épreuves positives ou négatives, que l'on peut fixer par les procédés usités en photographie.

Les empreintes sur le protonitrate de mercure résultent d'une action plus complexe due au chlore du chlorure de sodium, d'une part, et de l'autre à l'action des bases alcalines des divers sels de la sueur, qui tous sont des sels alcalins. Ces tracés peuvent se conserver intacts sans autre préparation. Le nitrate d'argent et le protonitrate de mercure ne sont pas les seuls composés sur lesquels on puisse obtenir des impressions de la surface cutanée. Le chlorure de palladium, l'iode ou l'iodure d'amidon et d'autres subtances encore peuvent servir pour des recherches de ce genre.

La possibilité d'obtenir facilement et de conserver ces empreintes constitue une méthode nouvelle d'exploration du fonctionnement des glandes sudoripares ; cette méthode peut se prêter à des applications nombreuses, soit en physiologie, soit en pathologie, et nous exposerons, dans la seconde partie de ce travail, quelques-uns des résultats que nous avons obtenus à l'aide de son emploi.

(*La suite au prochain numéro.*)

SUR LA MÉTHODE DU PROFESSEUR ESMARCH POUR ASSURER L'HÉMOSTASE DANS LES OPÉRATIONS;

Par M. le docteur P. MARDUEL.

(*Fin.* — (Voir le dernier numéro.)

III.

Depuis la communication faite, le 18 avril 1873, au second congrès des chirurgiens allemands, le procédé nouveau a été mis en pratique par plusieurs chirurgiens de différents pays et avec le même succès.

Billroth a été un des premiers à suivre cette voie et à faire connaître (*Wiener mediz. Wochenschrift,* 19 juillet 1873) les résultats de son expérience personnelle, qui porte sur 14 cas : 2 opérations considérables pour nécrose du tibia, 3 résections partielles du pied, 2 résections du coude, 2 amputations de Chopart, 4 amputations de cuisse, et 1 désarticulation de la hanche.

12 fois le résultat donné par l'appareil d'Esmarch a été complet ; 2 fois il a été incomplet, et pour les raisons suivantes : Dans un cas, une large cicatrice, suite de brûlure, avait plié le genou à angle droit et empêchait la bande de caoutchouc d'exercer au niveau du creux poplité une compression circulaire suffisante ; on dut comprimer la fémorale à l'aine. Dans le second cas, il s'agissait d'une désarticulation secondaire de la hanche consécutive à une amputation de cuisse, chez un homme de quarante-un ans, alcoolique au dernier point ; le tube de caoutchouc fut passé par le périnée, puis au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, de là sur les muscles fessiers, et fortement serré ; en même temps on comprima l'aorte. La perte de sang fut très-diminuée, mais non supprimée d'une manière absolue. Sur ses 14 opérés, Billroth en comptait 11 guéris ou en voie de guérison au moment où il écrivait, et 3 morts (la désarticulation de la hanche et deux amputations de cuisse).

Le 4 juin 1873, Arthur Menzel (de Trieste) mettait à l'épreuve à son tour la méthode nouvelle, et faisait connaître quelques jours après le résultat obtenu par lui (*Gazzetta medica italiana lombarda*, 14 juin 1873). Voici le résumé de son observation : Homme de soixante-cinq ans, de grande taille, très-maigre et très-pâle, présentant à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche une tumeur dure, inégale, ayant acquis en cinq mois le volume d'une tête d'enfant nouveau-né, mobile latéralement, immobile dans le sens longitudinal, que l'on diagnostiqua être un sarcome des parties molles avec adhérences musculaires, et dont on décida l'ablation. On fit un bandage roulé avec une bande de caoutchouc sur tout le membre, excepté sur la tumeur ; puis, immédiatement au-dessous de l'aine, on comprima fortement la cuisse au moyen de quatre tours d'un fort tube de caoutchouc. Incision longitudinale de dix pouces ; on constate que la tumeur adhère intimement aux muscles, spécialement au demi-membraneux et au demi-tendineux, et qu'elle est traversée de part en part par l'artère et la veine fémorales et le nerf saphène. L'artère et la veine sont liées au-dessus et au-dessous de la tumeur, qui est alors enlevée ; on trouve ensuite une seconde tumeur plus petite, adhérente au périoste, que l'on extirpe également. L'*opération*, y compris le temps nécessaire à produire l'anesthésie, *dura trois quarts d'heure, et le malade ne perdit pas une goutte de sang ; l'opération se fit exactement comme si on l'avait pratiquée sur le*

cadavre. A l'effet de se rendre compte de ce qu'aurait été l'hémorrhagie si le tube de caoutchouc n'eût pas été appliqué, Menzel le relâcha un moment, une fois l'opération finie, et immédiatement le sang s'échappa de nombreuses artères musculaires profondes. On serra de nouveau le tube élastique; quand on l'enleva, neuf heures après, il n'y eut pas d'hémorrhagie (Reprod. dans la *Gazzetta delle Cliniche*, de Turin, 24 juin 1873).

En Angleterre, la méthode d'Esmarch a été déjà employée par plusieurs chirurgiens et dans un certain nombre d'opérations; W. Mac Cormac a été le premier à l'essayer à Londres, dans son service de Saint-Thomas's Hospital. Le 27 août *(London med. Record)*, il relate un cas d'extraction de séquestre du tibia qui lui est personnel, et un cas de résection du genou qui appartient à Arnott; dans ces deux opérations, il ne s'écoula pas une goutte de sang. Le même auteur, dans une note plus récente (*Med. Times and Gazette*, 20 sept. 1873), signale de nouveaux cas d'emploi de cette méthode par lui et ses collègues de Saint-Thomas's Hospital (séquestrotomies, amputatations de cuisse), et proclame bien haut les avantages qu'on en peut retirer.

A Londres encore, M. Wagstaffe a mis ce procédé en usage dans un cas d'amputation de cuisse pour une gangrène du pied; mais, pour éviter de faire pénétrer des produits septiques dans la circulation, il eut la précaution de ne commencer l'application de la bande élastique que quelques pouces au-dessus de la partie mortifiée (*The Lancet*, 11 octobre 1873).

M. Harrison Cripps, de Saint-Bartholomew's Hospital, a proposé à l'appareil d'Esmarch une modification qui économise plusieurs mètres de bande élastique, et rend l'application aussi simple que facile. Il emploie un tube de caoutchouc destiné non-seulement à supprimer la circulation centrifuge, mais aussi à refouler d'abord le sang contenu dans le membre. Les deux extrémités du tube, qui a 21 pouces de long et 3/8 de pouce de diamètre, sont liées ensemble par un fil, de manière à former un anneau élastique de sept pouces de diamètre; il se sert, en outre, d'un dévidoir à rainure et à double manche autour duquel roulera le tube. Pour appliquer cet appareil au bras, on fait faire à l'anneau élastique trois ou quatre tours serrés qui enferment les doigts et le pouce, en ayant soin que les tours ne se croisent pas. On place alors le dévidoir entre le pouce et le tube, en passant sous la partie qui réunit le premier et le dernier tours; on fait

alors glisser progressivement l'anneau élastique de bas en haut, en ayant toujours bien soin que les tours gardent leur place et ne se croisent pas. On remonte ainsi jusqu'au dessus du point où doit se pratiquer l'opération, pendant laquelle on maintient la compression. Le degré de constriction peut être parfaitement réglé par la distance laissée entre le dévidoir et le membre par celui qui applique l'appareil. Cette méthode répond très-bien à son but pour le membre supérieur et la partie inférieure de la jambe ; mais au creux poplité les tendons fléchisseurs empêchent la compression efficace de l'artère ; il faudrait y placer un tampon solide. Pour enlever le bandage, on le déroule en sens inverse, ou on coupe le fil qui réunit ses extrémités (*The Lancet*, 11 oct. 1873).

Il me semble, comme à M. Paul Hybord, que ce procédé ne vaut pas celui d'Esmarch, parce qu'il donne une compression moins régulière et moins exacte.

Rouge, de Lausanne, vient de signaler à son tour quelques cas d'application de la nouvelle méthode d'hémostase (*Bullet. de la Soc. méd. de la Suisse romande*, octob. 1873). Il a vu, à Berne, le professeur Kocher mettre en pratique ce procédé pour une désarticulation du coude et pour une amputation de l'avant-bras ; dans ces deux cas, l'opération fut faite comme sur le cadavre. Il l'a lui-même appliqué trois fois :

1° Enfant ayant eu la cuisse droite et la jambe gauche broyées et coupées par une roue de locomotive, apporté exsangue à l'hôpital ; les moignons sont entourés d'une bande élastique, les cuisses comprimées avec le tube en caoutchouc ; puis amputation de la cuisse gauche au quart inférieur *sans perdre une goutte de sang par les chairs* ; suintement insignifiant par le canal médullaire ; les artères, blanches et béantes, sont liées ; puis, le tube compresseur retiré, on met une ligature sur deux petites artérioles qui se mettent à donner. La cuisse droite est amputée au quart supérieur ; opération à sec ; seulement, à la section de l'os, le moignon devenant subitement plus mince, le tube glissa ; jet de sang aussitôt arrêté par une pince à ligature ; le tube est replacé et on lie tranquillement les vaisseaux. On fait de suite une transfusion de 200 grammes de sang pris à un individu robuste et injecté dans la veine fémorale gauche. L'enfant n'avait pas perdu une cuiller à bouche de sang dans cette double amputation.

2° Femme de soixante-trois ans, amputée de la cuisse pour une ostéo-arthrite suppurée du genou, avec œdème de tout le membre; malgré une hémostase un peu moins complète, grâce à l'œdème, l'écoulement sanguin fut presque nul.

3° Evidement de la partie inférieure du tibia chez un jeune homme de vingt-deux ans ; il ne s'écoula pas une goutte de sang ; la gouge coupait à sec comme dans du bois ; la cavité évidée était cependant très-étendue. Aussitôt le lien enlevé, la jambe reprit sa coloration normale, et le sang, jaillissant des parois osseuses, remplissait en un clin d'œil la cavité qu'on venait de creuser.

Rouge ajoute qu'il n'est pas nécessaire d'avoir recours à une bande élastique ; une simple bande suffit, d'après lui, pour atteindre le but, et un lien ordinaire, une cordelette par exemple, conviendrait très-bien pour comprimer la racine d'un membre ou le pédicule d'une tumeur. C'est là, il est vrai, une simplification ; mais elle n'est peut-être pas très-heureuse ; la compression élastique du caoutchouc soit en bandes, soit en tubes, doit être bien supérieure comme égalité et efficacité à celle d'une bande ordinaire et d'une cordelette, sans compter que la constriction de cette dernière doit laisser après elle une certaine contusion de la peau.

A Strasbourg, MM. Eug. et Jules Bœckel ont employé ce nouveau mode de compression, un peu modifié, il est vrai. Ainsi, chez un malade auquel il allait amputer la cuisse, Eug. Bœckel commença par chasser le sang de l'extrémité du membre au moyen d'une bande de toile partant du pied et remontant jusqu'au genou ; puis il se contenta d'appliquer vers la racine de la cuisse un gros tube de caoutchouc faisant deux fois et demi le tour du membre, et dont les deux bouts furent rapprochés et serrés au moyen d'un fort fil. La section de la peau ne donna qu'une quantité insignifiante de sang ; celle des chairs profondes se fit sans la moindre hémorrhagie, absolument comme sur le cadavre. La crurale et deux ou trois artères une fois liées, on desserra peu à peu le tube de caoutchouc ; ce n'est que lorsque la cuisse fut complètement débarrassée de son lien, que se mirent à donner quelques artérioles, qu'on lia aisément. Un autre sujet subit une amputation de l'avant-bras sans perdre une goutte de sang. Jules Bœckel a pratiqué une amputation de jambe, plusieurs désarticulations de doigts, et, grâce au tube de caoutchouc, il a opéré absolument à sec (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er octobre 1873).

A Paris, M. Demarquay, qui avait vu appliquer deux fois ce mode de compression à Vienne par Esmarch et par Mosetig, l'a mis lui-même en usage trois fois. Il a pratiqué : 1° une amputation de jambe à la partie inférieure ; son opérée n'a pas perdu vingt gouttes de sang, et, l'opération terminée, il a lié les artères en les isolant des veines et des nerfs avec la plus grande facilité ; 2° l'ablation de l'indicateur et d'une partie du premier métacarpien, sans perte de sang ; 3° l'ablation d'une tumeur fibro-vasculaire du bras d'un enfant. La compression bien faite lui a permis de disséquer facilement cette tumeur sans perdre une goutte de sang, et de lier les vaisseaux importants pendant que le membre était encore soumis à la compression (*Société de chirurgie*, séance du 12 novembre 1873).

A Lyon, M. D. Mollière a expérimenté cette méthode à l'Hôtel-Dieu, avec le plus parfait succès, dans trois cas : une amputation de cuisse et deux amputations de jambe, en suivant exactement le procédé d'Esmarch. Deux fois il s'agissait de malades tellement affaiblis par le traumatisme et l'hémorrhagie primitive, qu'il était de la plus haute importance de leur faire perdre la plus mince quantité possible de sang, sous peine de faire une opération inutile. Dans les trois cas, l'amputation s'est faite à sec.

IV.

Tels sont l'origine, l'application et les résultats de la méthode d'après les divers travaux publiés jusqu'ici ; il me reste maintenant à en étudier la valeur, c'est-à-dire les avantages et les inconvénients.

Avantages. — Cette méthode, comme il est facile de le voir par l'exposé qui vient d'être fait, a de très-grands et très-sérieux avantages, qu'il suffira d'énumérer rapidement, de résumer en quelque sorte, puisqu'ils ont déjà été indiqués à propos des faits particuliers.

1° Et d'abord, en ne faisant perdre à l'opéré qu'une quantité de sang insignifiante, presque nulle dans la plupart des cas, en conservant à sa circulation le sang contenu dans le membre ou la portion du membre à retrancher, on rend au malade un service sérieux. On diminue, dans des proportions notables, l'anémie consécutive ; on facilite par conséquent la guérison. Dès lors, n'ayant plus à faire entrer en ligne de compte dans la décision à prendre

la quantité de sang forcément perdue pendant une opération, on redoutera moins de pratiquer des amputations ou des résections, voire des extractions de séquestres ou des extirpations de tumeurs, chez des sujets profondément anémiés par l'hémorrhagie traumatique, une longue suppuration ou une dyscrasie, tous sujets chez lesquels l'hémorrhagie opératoire, si faible soit-elle, a une grande importanee, et peut et doit peser sur l'esprit du chirurgien qui a à poser les indications et contre-indications d'une intervention chirurgicale. On supprime ainsi, dans une grande mesure, sinon d'une façon absolue, une contre-indication parfois formelle, et on agrandit, au bénéfice des malades, le champ de l'intervention opératoire ; on diminue le nombre des patients regardés souvent et à juste titre comme des *noli me tangere*.

2° En second lieu, on n'a pas toujours sous la main, comme dans les grands hôpitaux, des aides intelligents et exercés, capables de pratiquer d'une manière irréprochable la compression digitale de l'artère principale du membre. La méthode d'Esmarch permet la suppression d'un aide, et de l'aide le plus important ; elle permettra donc souvent de faire sur place, c'est-à-dire à la campagne ou dans les petits hôpitaux, des opérations qu'on n'oserait ou ne pourrait y entreprendre sans ce précieux secours. On en peut dire autant de la chirurgie en temps de guerre. Cette méthode permet en somme au chirurgien, comme le dit M. Demarquay, de pratiquer les opérations les plus graves avec le secours d'un seul aide intelligent pour administrer l'agent anesthésique et de quelques aides assez forts pour tenir l'opéré.

3° Enfin, on trouvera dans l'emploi de ce procédé de grandes facilités pour la pratique de certaines opérations : séquestrotomies, évidement des os, résections, extirpations de tumeurs ; on aura l'avantage incontestable de ne pas voir le champ opératoire constamment masqué par l'écoulement sanguin ; on ne sera plus obligé de recourir sans cesse aux éponges ; d'où commodité plus grande et économie de temps.

En résumé : extension de l'intervention chirurgicale, économie du sang de l'opéré, facilités opératoires et économie de temps, tels sont les avantages de la compression élastique.

Désanvantages ; contre-indications ; objections. — A côté de ces bienfaits, il y a certainement quelques ombres au tableau, et il est nécessaire de les indiquer à leur tour.

Le principal désavantage de cette méthode, et elle a cela de

commun avec beaucoup d'autres, car il n'y a, en chirurgie comme en médecine, aucun moyen absolument applicable à tous les cas, son principal désavantage est d'avoir des limites dans son application. Elle ne peut être employée, en effet, que dans les opérations pratiquées sur les membres et sur les organes génitaux de l'homme. Mais c'est déjà un champ assez vaste, et les services qu'elle peut rendre dans ses limites d'application sont assez nombreux et assez considérables pour lui mériter une place sérieuse dans la thérapeutique chirurgicale.

Les contre-indications ne sont pas encore suffisamment connues, et partant suffisamment établies. Parmi elles, il en est une qu'Esmarch a lui-même signalée, et que voici : Quand on a une opération à pratiquer sur un membre qui est le siége d'infiltrations purulentes, on ne doit pas chercher à en chasser complétement le sang ; si on comprime fortement avec la bande élastique des parties présentant cette condition, on risque de faire pénétrer le pus dans les mailles du tissu cellulaire, de là dans les lymphatiques, et l'on peut s'exposer ainsi à de fâcheux accidents. « Dans ces cas, dit Esmarch, je me contente, avant de placer le lien circulaire autour du membre, d'en faire refluer le plus de sang possible en faisant tenir ce membre élevé pendant quelques instants. » Cette manière de faire est analogue, sauf la position du lien circulaire, à celle de Guyon. La même contre-indication existe dans les cas de gangrène, car on pourrait chasser des principes septiques dans la circulation.

On pourrait craindre que le refoulement de tout le sang d'un membre dans le torrent circulatoire, qui a une capacité limitée, n'entraînât des suites fâcheuses ; on est bien vite rassuré à cet égard par les nombreux cas où la méthode a été employée par Esmarch et ses imitateurs sans qu'on ait observé de ce chef un seul accident. On est plus rassuré encore si on se rappelle l'observation d'Esmarch citée plus haut et ayant trait à un homme chez lequel ce mode de compression fut appliqué à la fois aux deux membres inférieurs.

Quant à la douleur produite par cet appareil, elle est très-modérée. M. Demarquay s'en est assuré en appliquant ce mode de compression sur le membre inférieur d'une femme affectée de varices; il a constaté que cette compression était très-supportable, quoique très-efficace; car le membre, après une compression de

quinze à vingt minutes, avait pris un aspect tout à fait cadavérique.

Une question, une objection trouve ici sa place, et Esmarch y a répondu autant qu'on peut le faire aujourd'hui. L'emploi de cette méthode ne peut-il pas entraîner à sa suite quelque danger, quelque inconvénient tout au moins pour la santé de l'opéré? Peut-on affirmer que la compression forte et prolongée, supprimant d'une manière absolue la circulation dans un membre, ne sera pas suivie de troubles dangereux de la circulation et de l'innervation, tels que des thromboses, des inflammations, des paralysies? Assurément, dit le professeur de Kiel, on ne peut pas répondre d'une manière tout à fait affirmative; mais, en tenant compte des milliers de cas où des chirurgiens de tout temps et de tout pays ont employé le tourniquet et la compression digitale, on regarda comme peu probable que la compression, même totale, puisse entraîner des accidents, si elle ne dure pas trop longtemps. D'autre part, les expériences classiques de Conheim ont démontré que, chez les animaux à sang chaud, l'interruption complète de la circulation n'est généralement suivie d'aucun trouble durable, si elle n'est pas continuée plus de six ou huit heures. Enfin, Esmarch, qui a pratiqué, du 1er janvier au 15 août 1873, plus de 80 opérations sur des parties du corps artificiellement anémiées par sa méthode, affirme n'avoir jamais vu survenir aucun des troubles qu'on aurait pu redouter. Il a fait des opérations qui ont duré une heure, et n'a pas observé une seule fois des troubles de la circulation pendant la durée de la cicatrisation; il a remarqué, au contraire, que, depuis l'emploi de son procédé d'hémostase, les suites de ses opérations ont présenté une bénignité inaccoutumée. Comme nous l'avons déjà dit plus haut, il n'y a presque jamais eu de fièvre traumatique.

Autres applications du procédé. — Il nous reste enfin à signaler, pour faire voir quelles pourraient être les développements de la méthode, une tentative de Billroth et une idée d'Esmarch. Billroth, supposant que la compression élastique pourrait produire l'anesthésie locale, comme elle amène l'anémie locale, pratiqua une de ses opérations sans chloroformer le patient; mais il n'y eut aucune diminution de la douleur. Le chirurgien de Vienne appelle néanmoins l'attention sur ce point, qui pourrait être élucidé par de nouvelles expériences; on pourrait d'autant mieux poursuivre les recherches dans cette voie, que le

professeur Richet a depuis longtemps proposé, dans l'opération de l'ongle incarné, d'entourer la racine de l'orteil d'une ligature élastique, ce qui produit ou du moins favorise singulièrement l'anesthésie locale, comme il est prouvé par sa propre observation et par celle d'un bon nombre de chirurgiens.

Quant à Esmarch, il se demande si la compression circulaire élastique ne pourrait pas être utilisée dans les opérations exécutées sur le tronc, le cou et la tête, pour enfermer le sang dans tous les membres ou une partie d'entre eux, de manière à former des magasins de réserve, d'où on laisserait ensuite le sang rentrer dans la circulation générale dans le cas où le patient menacerait de mourir par hémorrhagie. Ce n'est là qu'une idée, ajoute Esmarch ; la possibilité de la mettre en pratique doit être préalablement étudiée par de soigneuses expériences sur les animaux et sur l'homme.

V.

Avant de terminer cette note, il est nécessaire de dire quelques mots de la question de priorité, d'examiner si la méthode que nous venons d'étudier mérite bien réellement de porter le nom d'Esmarch.

Plusieurs réclamations de priorité ont été déjà présentées, soit dans la presse médicale, soit à la Société de chirurgie ; avant de les examiner et d'en peser la valeur, rappelons que la ligature circulaire des membres pour diminuer l'hémorrhagie dans les amputations était mise en pratique au moyen âge, et qu'elle est restée comme moyen employé pour empêcher ou retarder l'absorption des venins et virus à la suite des piqûres ou des morsures.

La réclamation de priorité qui fait remonter à la date la plus ancienne l'idée première de la méthode actuelle est celle qui a été formulée par M. Chassaignac à la Société de chirurgie (séance du 19 novembre) ; il renvoie à une communication faite par lui à la Société de chirurgie, le 15 octobre 1856, et au tome Ier de son *Traité des opérations*. Voici ce qu'on trouve à ces deux indications : M. Chassaignac présente un homme qui a eu une hémorrhagie à la suite de l'amputation du premier métatarsien; applications de perchlorure de fer et tamponnement, compression sur les artères tibiales antérieure et postérieure. L'hémorrhagie reparaît quatre jours après, ligature des deux tibiales; le quinzième

jour, nouvelle hémorrhagie, cette fois au point où la tibiale antérieure a été liée ; cette artère est liée plus haut ; arrêt définitif de l'hémorrhagie ; guérison. M. Chassaignac montre l'appareil dont il s'est servi pour faire la compression. Il se compose de deux bandes roulées en globe, que l'on applique, l'une sur l'artère, l'autre sur le point opposé, et que l'on maintient au moyen d'un tube de caoutchouc, que l'on roule autour du membre. Ce nouveau compresseur des artères est d'une grande simplicité. (*Bullet. de la Soc. de chirurg.*, séance du 15 octobre 1856.)

D'autre part, voici ce qu'on lit au sujet de la compression des artères dans le *Traité des opérations chirurgicales* (t. I, pages 204-205) :

« Mes recherches m'ont conduit à établir qu'on pourrait arriver à d'énormes effets de pression par la superposition d'un nombre indéterminé d'anneaux de caoutchouc, dont la tension individuelle, c'est-à-dire la tension de chacun des anneaux, n'exigerait qu'un très-léger effort. Prenez un fil en caoutchouc ou un tube à drainage, tournez-en plusieurs cercles autour d'un membre, en ne tirant à chaque tour que très-modérément sur la corde élastique, et vous serez surpris de voir à quel degré de compression vous arrivez par la superposition d'un certain nombre de tours. Vous exercez la compression d'une façon si complétement graduelle que vous pouvez ne dépasser jamais la juste mesure de compression nécessaire pour arrêter la circulation artérielle. Chaque tour représente un degré. A peine avez-vous atteint le degré où la circulation cesse dans le vaisseau, que vous fixez le fil de caoutchouc, et si, quelques minutes après, le battement artériel reparaît, il suffit d'un seul tour de plus pour arrêter de nouveau le cours du sang. Pour compléter l'application du moyen, il suffit d'avoir deux bandes roulées en globe, que l'on applique, l'une sur l'artère, l'autre sur le point opposé, et que l'on maintient au moyen de tubes de caoutchouc que l'on roule autour du membre. » L'auteur cite ensuite le fait relaté plus haut, comme un exemple d'application.

Voilà absolument à quoi se réduit la part de M. Chassaignac, qui, depuis 1856, c'est-à-dire en dix-sept ans, n'a pas employé de nouveau ce moyen, qui du moins n'a cité aucun autre fait le 19 novembre dernier. Ce moyen, il l'a mis en usage une fois pour arrêter une hémorrhagie secondaire, il le signale comme pouvant remplacer les compresseurs compliqués dans le traite-

ment des anévrysmes ; mais nulle part, ni à la Société de chirurgie, ni dans son *Traité des opérations*, il ne le donne comme pouvant s'appliquer à la production de l'hémostase préliminaire dans les opérations. Enfin, il ne s'est point occupé du refoulement du sang veineux.

Dans une lettre adressée au *Medical Times and Gazette* (15 novembre 1873), M. Fayrer revendique la priorité pour les chirurgiens de l'armée anglaise de l'Inde dans les termes suivants : « Le mode d'hémostase, pendant les opérations, attribué à Esmarch, est excellent, fort ingénieux, mais il n'est pas nouveau. Depuis plusieurs années, les chirurgiens de l'Inde ont mis en usage le même principe pour l'ablation des tumeurs du scrotum. On élève la tumeur, on la comprime avec un bandage pour en chasser le sang, puis on entoure son col d'un lien circulaire, de manière à empêcher tout nouvel apport de sang ; on fait alors l'ablation avec une perte de sang insignifiante, si on la compare à celle perdue dans les anciens modes opératoires. » Fayrer renvoie à des communications insérées dans le *Medical Times and Gazette* en 1862 et 1863. Il m'a été impossible de ne rien trouver dans ces deux volumes ; mais, outre la différence qu'il y a au point de vue de l'efficacité entre la compression par une bande et un lien de toile et celle que donne le caoutchouc, et Fayrer proclame lui-même la supériorité du procédé d'Esmarch, il faut remarquer que cette application n'a été faite que pour l'ablation des tumeurs du scrotum, et qu'il n'est nullement question des opérations sur les membres.

Une réclamation qui semble plus sérieuse est celle qui a été formulée par Vanzetti, de Padoue (1), en faveur du docteur Gandesso Silvestri, de Vicence, qui aurait fait connaître, en 1871, un procédé semblable à celui d'Esmarch. D'après l'indication du professeur Vanzetti, je me suis reporté au travail original de Silvestri, qui est intitulé : *Uso della gomma elastica nelle legature chirurgiche*, et qui a paru en 1871 (2).

Après avoir parlé de l'emploi de la ligature élastique pour l'ablation des tumeurs, le traitement des varices et des tumeurs érectiles et la ligature des artères, l'auteur arrive à son usage dans les amputations. Pour juger en pleine connaissance de cause,

(1) *Gazetta medica italiana provincie venete*, 7 juin 1873.
(2) *Gazetta medica italiana provincie venete*, 16 décembre 1871.

il m'a paru indispensable de donner ici la traduction de toute cette partie du travail de Silvestri :

« De même pour les amputations des membres, dit-il, j'emploie depuis longtemps la compression élastique. L'appareil consiste en bandelettes de tissu élastique, assez fortes comme action rétractile, ou, si elles sont plus faibles, assez longues pour qu'on puisse multiplier les tours de manière à obtenir une compression suffisante. Les deux extrémités de ces rubans élastiques portent l'une un crochet, l'autre une boucle en cuivre, de manière à pouvoir les agrafer. De cette manière, si l'occasion se présente d'entourer une vaste partie du tronc, il suffit de crocheter l'une à l'autre deux ou plusieurs de ces bandelettes pour comprimer une circonférence quelconque. Cette compression élastique présente deux avantages : 1° on peut se passer de l'aide chargé de l'hémostase ; le membre une fois entouré de plusieurs tours suffisamment serrés, le bandage reste en place de lui-même sans exiger aucune surveillance ; 2° pas une goutte de sang ne dépasse cette ceinture, et les artères à lier se présentent béantes et saillantes à la surface des tissus incisés.

« Voici un fait d'une importance plus qu'ordinaire. J'ai pratiqué la désarticulation de l'avant-bras sur un enfant de six ans, auquel la chute d'une poutre avait écrasé le membre jusqu'à une faible distance du coude. Plusieurs jours s'étaient écoulés, et tout l'avant-bras était mortifié. L'enfant était affaibli à la fois par l'hémorrhagie survenue au moment de l'accident et par le processus gangréneux, de sorte qu'on devait craindre et éviter toute nouvelle perte de sang. Le bandage élastique m'en a garanti ; pas une goutte de sang ne fut perdue.

« Assuré de la valeur de ce moyen, soit qu'il s'applique au bras ou à la cuisse, c'est-à-dire à des membres volumineux et musculeux, j'ai délaissé depuis plusieurs années tous les appareils employés à cet usage, et qui sont inférieurs en ce qu'ils ne compriment pas toutes les artères affluentes au lieu de l'opération ; j'en dois dire autant de la compression digitale appliquée à l'artère principale du membre. (1) »

J'avoue, qu'à moins de torturer le texte et d'en vouloir absolument tirer ce qui ne s'y trouve pas, il est impossible de voir là un procédé identique à celui d'Esmarch, impossible de com-

(1) *Gaz. med. ital. lombarda provincie venete*, 16 décembre 1871.

prendre la revendication si nette de priorité qui a été formulée par Vanzetti, et reproduite à la Société de chirurgie par M. Verneuil. Silvestri ne dit pas à quel niveau il place ses bandelettes élastiques, et on pourra dire en sa faveur qu'il en enveloppe la totalité du membre à retrancher. Je ne crois pas que cette interprétation se puisse soutenir; il est question, dans le texte du chirurgien de Vicence, de la suppression de la circulation artérielle, d'un moyen qui lui semble supérieur aux tourniquets et à la compression digitale, d'un procédé qui remplace avantageusement cette dernière en supprimant la circulation dans *toutes* les artères du membre; mais il n'est fait nulle part mention du refoulement préalable du sang contenu dans le membre au moyen d'une compression centripète. Il me semble donc impossible d'accorder à Silvestri la priorité de la méthode dite d'Esmarch, et de voir dans son procédé autre chose que l'application de l'idée émise par Chassaignac en 1856 et en 1860, c'est-à-dire l'emploi de la ligature circulaire élastique pour la compression des artères, ce qui répond, du reste, au titre même du travail de Silvestri : *Emploi du caoutchouc dans la ligature chirurgicale.*

En 1853, Stromeyer employa, en présence d'Esmarch, qui le cite du reste dans sa brochure, un procédé analogue à celui de son successeur : dans un cas de ligature de l'humérale pour un anévrysme, Stromeyer appliqua un bandage roulé sur l'avant-bras jusqu'à la tumeur, puis plaça un tourniquet au-dessus de celle-ci (1). C'est même ce cas qui fut pour Esmarch l'origine de sa pratique indiquée plus haut et suivie par lui de 1855 à 1871, à savoir d'entourer d'abord d'un bandage roulé les membres à amputer. En 1853 et 1854, Billroth a vu Langenbeck procéder d'une façon semblable, mais seulement dans les cas d'amputation : bandage roulé autour du membre pour en refouler le sang, puis tourniquet appliqué à la racine du membre sur l'artère principale ; Langenbeck ne tarda pas à abandonner lui-même cette façon de procéder (2).

En somme, maint chirurgien a entouré d'un bandage roulé un membre à amputer, on a pratiqué au moyen âge la ligature circulaire à la racine du membre comme moyen d'hémostase; Chassaignac a préconisé dès 1856, dans le même but, la ligature

(1) STROMEYER, *Maximen der Kriegsheilkunst*, 2e édition, p. 164.
(2) BILLROTH, IN *Wiener mediziniche Wochenschrift*, 19 juillet 1873.

élastique avec des tubes ou des anneaux de caoutchouc; Silvestri a étendu et appliqué cette manière de faire de 1862 à 1871. On n'est donc pas autorisé à dire que la méthode d'Esmarch est absolument nouvelle de toutes pièces, ce qu'il ne prétend pas lui-même du reste, et à partager à cet égard l'enthousiasme et le lyrisme de Billroth, et surtout de Leisrink (*Anal. bibliogr. du travail d'Esmarch* dans les *Schmidt's Jahrbücher*, n° 8, 1873). Mais ce qu'il y a d'original dans la méthode du professeur de Kiel, c'est d'avoir combiné ces deux choses : refoulement complet dans la circulation générale du sang renfermé dans le membre sur lequel on opère et arrêt consécutif complet de la circulation artérielle; c'est d'avoir systématisé cette méthode par l'emploi de la compression élastique, c'est d'en avoir généralisé et prôné l'exemple avec faits à l'appui. Aussi, arrivé à la fin de cette étude, resté-je convaincu que, sauf production de nouvelles preuves, la méthode mérite bien réellement de porter le nom du professeur Esmarch.

SUR LA GUÉRISON DES GRANULATIONS TUBERCULEUSES DES PLÈVRES;

Par le docteur PERROUD, médecin de la Charité.

Il n'est pas rare de rencontrer au sommet des poumons, surtout chez les sujets âgés, des cicatrices ou des indurations plus ou moins étendues, que l'on s'accorde aujourd'hui à considérer comme des vestiges de lésions tuberculeuses guéries.

Sur 100 vieillards âgés de plus de soixante ans, Rogée (1) a trouvé ces lésions 80 fois environ; Boudet (2) en signale 97 fois sur 116 autopsies de sujets entre quinze et soixante-seize ans; Hugues Bennett (3), (1845), en a rencontré dans un quart ou un tiers des individus morts au-dessus de quarante ans à l'infirmerie royale d'Edimbourg; Beau (4) donne des propor-

(1) Rogée. *Essai sur la curabilité de la phthisie pulmonaire* (ARCH. GÉN. DE MÉD., juin et août 1839).

(2) Boudet, *Recherches sur la guérison naturelle ou spontanée de la phthisie pulmonaire* (thèse de Paris, 1843).

(3) Hugues Bennett. *Reynold's system of medicine*, t. III.

(4) Beau, *Études cliniques sur les maladies des vieillards*.

tions bien plus considérables encore puisque sur 160 femmes mortes dans son service à la Salpétrière, il a trouvé ces lésions chez toutes, excepté chez trois. Cette fréquence, du reste, ne nous étonne pas, car nous ne nous rappelons pas avoir autopsié un vieillard au-dessus de soixante-dix ans sans avoir trouvé, au sommet, des cicatrices ou des indurations plus ou moins manifestes.

Dans tous ces cas, il s'agit évidemment d'anciennes pneumonies caséeuses, de cavernes cicatrisées ou d'anciens nodules de pneumonies chroniques. Il ne peut être question de granulations tuberculeuses. A cette époque, en effet, les idées de Laennec dominaient parmi les nosologistes ; aucune distinction fondamentale n'était faite entre la pneumonie caséeuse et la granulation, et, à part Cruveilhier (1), qui a étudié d'une manière spéciale la guérison des granulations, la plupart des pathologistes se contentaient de constater la cicatrisation de grosses lésions tuberculeuses pour admettre *à fortiori* la possibilité de la guérison d'une lésion moins avancée, suivant eux, de la granulation.

Dans ces temps derniers, la question est devenue plus complexe ; sous l'influence d'une impulsion venue d'Allemagne, la granulation a reconquis en partie l'individualité qu'elle devait à Bayle ; de sorte qu'aujourd'hui il devient nécessaire, dans cette étude de la curabilité de la phthisie pulmonaire, d'examiner séparément la pneumonie caséeuse et la granulation ; cette distinction est d'autant plus nécessaire que plusieurs auteurs, tout en admettant la fréquence relative de la guérison de la première de ces lésions, nient complètement ou à peu près la possibilité de la guérison de la seconde. M. Jaccoud (2), qui s'applique à faire la distinction dont nous parlons, n'a trouvé que huit cas de guérison de granulations pulmonaires. Six appartiennent à Lebert (*Grundzüge der Ærztlichen Praxis* 1867), et deux à Sick (*Med. correspondenzblatt der Wurtemberg. Arztl. Vereins*, 1866). Evidemment, le médecin de l'hôpital de Lariboisière ne connaissait ni les observations nécroscopiques de Cruveilhier, ni surtout les faits d'Empis (3), sur lesquels nous aurons à revenir.

(1) Cruveilhier, *Note sur les principaux modes de guérison des tubercules pulmonaires*, in BULLETIN DE LA SOC. ANAT., t. XIV, p. 12, et ANAT. PATHOL., t. IV, p. 616.

(2) Jaccoud, *Leçons de clinique médicale*. Paris, 1873, p. 376 et 355.

(3) Empis, *De la granulie*. Paris, 1865.

Le sujet, on le voit, demande de nouvelles recherches. Aussi avons-nous profité des facilités que nous donne notre service des vieillards à la Charité pour examiner, au point de vue de la guérison des granulations pulmonaires, les poumons des sujets âgés dont l'autopsie nous était permise.

Les granulations se montrent si fréquemment dans le voisinage des foyers de pneumonie caséeuse chez les phthisiques, que nous avons espéré qu'il nous serait donné d'en saisir des traces dans le voisinage de ces cicatrices fibreuses qu'on rencontre si communément au sommet des poumons chez les vieillards. Nous pensions bien que ces traces seraient probablement peu apparentes, puisque la plupart des auteurs qui ont écrit sur le sujet n'en parlent pas; nous savions qu'elles seraient certainement très-difficiles à trouver dans le parenchyme pulmonaire, mais il était à présumer qu'elles seraient plus visibles sur la plèvre en raison de la couleur sombre du tissu pulmonaire sous-jacent, bien apte à les faire ressortir aux yeux; aussi est-ce sur cette séreuse que s'est surtout dirigée notre attention; l'événement n'a pas trompé nos prévisions. Voici, en effet, ce que nous avons rencontré sur la très-grande majorité des poumons que nous avons examinés :

Dans le voisinage de la cicatrice du sommet, on trouve le plus souvent une éruption plus ou moins confluente de petites taches blanchâtres, opalines, très-régulièrement arrondies et de la grosseur d'une toute petite tête d'épingle; ces petites taches demandent à être cherchées pour être vues; elles sont cependant très-distinctes lorsque la surface pleurale a été soigneusement lavée, et ce qui contribue à les mettre en évidence, c'est, ainsi que nous le disions, la couleur sombre du tissu pulmonaire sous-jacent, toujours plus ou moins noir chez le vieillard; c'est aussi le charbon pulmonaire, qui souvent s'accumule autour et au-dessous d'elle et leur fait repoussoir.

Ces taches sont plus ou moins nombreuses, habituellement on les trouve sur la moitié supérieure du lobe supérieur; quelquefois elles se remarquent disséminées sur la plèvre de tout ce lobe; bien plus rarement, on en trouve sur le lobe inférieur; à leur niveau, la plèvre adhère au tissu pulmonaire sous-jacent plus que dans les parties voisines; elle est, du reste, très-peu épaissie, aussi ces petites lésions échappent-elles presque toujours au toucher.

Au microscope, nous avons trouvé ces petites taches consti-

tuées par un tissu lamineux riche en fibres et pauvre en cellules et en noyaux; de fines granulations forment un semis assez serré sur la préparation ; le tissu pulmonaire paraît tout à fait indépendant au-dessous.

Chez quelques sujets, il nous a été permis de trouver sur la plèvre, outre les lésions précédentes, de très-fines granulations, saillantes au-dessus du niveau de la séreuse, très-dures au toucher et formées d'un tissu lamineux riche en petites cellules au centre et en fibre à la périphérie; lésions répondant tout à fait à la description que Cruveilhier donne de ses granulations de guérison; ce sont, en effet, pour nous des granulations ayant subi un certain degré d'organisation fibreuse à la périphérie, qui les a comme enkystées, et grâce auquel elles sont restées inertes, sans cependant s'effacer. Entre ces granulations endormies et les taches que nous avons décrites plus haut, on peut voir quelquefois une série d'intermédiaires, c'est-à-dire de petites productions fibroïdes plus ou moins saillantes, qui font comme les chaînons qui relient ces deux genres de lésions, de sorte qu'il est impossible de ne pas reconnaître, dans les petites taches pleurales sus-mentionnées, des vestiges de granulations des plèvres guéries et presque complètement effacées.

En résumé, c'est par transformation fibreuse que guérissent les granulations tuberculeuses des séreuses, et en particulier des plèvres. La résorption joue aussi dans ce processus un rôle important et quelquefois même capital. Pour que les granulations aboutissent à une simple tache blanchâtre, il faut, en effet, qu'une grande partie de leur substance soit reprise par résorption ; et même, si l'on compare le nombre modéré de ces petites taches à la grande quantité des granulations qui entourent habituellement les foyers caséeux, on est obligé d'admettre qu'un certain nombre de celles-ci ont disparu complètement sans laisser de vestiges, et que la résorption a fait à elle seule tous les frais de la guérison.

M. Empis (*loco citato*, page 276) a bien vu et a déjà signalé les faits que nous relatons; nous ne chercherions pas à attirer de nouveau l'attention sur eux, si ce n'était l'oubli dans lequel le *Traité de la granulie* paraît déjà être tombé : « Si le poumon, dit M. Empis, est de tous les organes celui qui met le plus en évidence la possibilité de la cicatrisation des cavernes tuberculeuses et de la dégénérescence crétacée des tubercules, les plèvres et la rate sont ceux qui témoignent le plus souvent d'une

ancienne inflammation granulique. » L'ancien médecin de la Pitié parle ensuite de la transformation fibreuse des granulations déposées à la surface des séreuses et des petits nodules laiteux et aplatis qu'elles laissent après elles.

Ces descriptions diffèrent un peu de celles que Cruveilhier et, de nos jours Thaon, ont données des granulations miliaires de guérison; mais nous ferons remarquer que ces auteurs ont examiné surtout le mode de guérison des granulations dans le parenchyme pulmonaire; nous aurons probablement l'occasion de faire cette étude; aujourd'hui, nous nous sommes proposé, dans cette note, d'attirer seulement l'attention sur le mode de guérison des granulations des plèvres.

FIBROME DISSÉMINÉ DES MÉNINGES; HYPERHYDRURIE;

Par le docteur Bergeret (de Saint-Léger).

Le 20 avril 1873, Emilie Floret, 35 ans, ménagère, mariée, mère de deux enfants, bien constituée, entre, dans l'après-midi, dans mon service de l'Hôtel-Dieu.

Le matin, cette femme avait été prise subitement de vomissement et d'une syncope qui avait duré fort longtemps.

Le 21, à la visite, elle se plaint d'une douleur stomacale qui s'irradie dans le ventre, la poitrine et tout autour de la taille.

Pensant qu'il n'y a qu'une congestion hépatique, je lui ordonne un éméto-cathartique; elle vomit beaucoup sans aller à la selle.

Le 22, le ventre est ballonné et légèrement douloureux.

Traitement : calomel et jalap.

Les jours suivants elle va mieux et l'appétit revient

Le 26, elle me demande de lui accorder plusieurs pots de tisane pour la nuit; car elle est obligée d'en quêter près de ses voisines. La garde de nuit me dit qu'en effet depuis deux nuits elle est obligée de lui en donner cinq à six litres. La religieuse m'affirme, de son côté, qu'elle boit beaucoup pendant la journée.

Urine : J'examine immédiatement l'urine; elle est pâle, à peine acide, pèse 1,004 et ne contient pas de glycose.

Traitement : eau de Vichy à sa soif; 1 gramme de sous-azotate de bismuth en six paquets, à prendre de quatre heures en quatre heures.

Le 30, se sentant mieux, n'ayant presque plus soif, elle veut sortir malgré mes instances pour la retenir.

Le 7 mai, elle se présente à la consultation pour être admise ; elle a une grande prostration des forces et se soutient à peine sur les jambes. Elle se plaint d'une douleur sourde aux reins, urine quatre à cinq litres par vingt-quatre heures. L'intelligence est complète, pas de mal de tête, pas de fièvre, pas de vomissements. Aucun symptôme méningitique ou encéphalique. L'urine est limpide, sans sédiment d'aucune nature. Je pensai à une simple congestion rénale, je lui donnai un lit.

Traitement : 1 gramme de sous-nitrate de bismuth. Potion par cuillerées, avec extrait de valériane, castoréum, bromure de potassium, sirop d'éther. Cataplasme émollient en ceinture.

Ce traitement est continué jusqu'au 12. Elle boit quatre pots de tisane par jour. Pas de fièvre, très-prostrée, intelligence complète ; elle garde constamment le lit, ne se plaint que des reins.

Le 12, traitement : huit sangsues sur la région rénale gauche ; thé chaud sucré au rhum ; deux pilules de sulfate de cuivre ammoniacal de $0^{gr},01$ chacun.

Le 13, les sangsues ont beaucoup saigné ; elle se trouve soulagée.

Traitement : thé et sulfate de cuivre ammoniacal.

Le 15, elle se sent mieux, mais les douleurs du rein gauche semblent vouloir revenir; elle boit quatre à cinq litres de tisane en vingt-quatre heures.

Traitement : 3 centigr. de sulfate de cuivre ammoniacal.

Jusqu'au 20 l'état reste le même.

Le 20, quatre sangsues sur la région rénale.

Le soir, à huit heures, elle est prise subitement de coma et meurt.

AUTOPSIE le 21, à quatre heures du soir.

Organes de la poitrine. Les poumons sont sains.

Le cœur est rempli de sang noir fluide; pas d'altération organique.

Organes du ventre. Le cathétérisme de la vessie donne de l'urine parfaitement limpide.

Les reins, examinés avec soin, ne présentent d'altération, ni dans la substance corticale, ni dans la portion tubuleuse. Le rein gauche présente une grosse bosselure, mais cela doit tenir à l'usage du corset.

Le foie estvolumineux et gorgé d'un sang noir qui s'écoule en grande abondance lorsque je le coupe en tranches. Le vésicule du fiel contient peu de bile. Pas de calculs.

La rate est normale.

Organes encéphaliques. Les méninges sont épaissies et comme macérées. La dure-mère des deux hémisphères présente de très-nombreux groupes de granulations blanches ressemblant, à première vue, à des tubercules; mais le microscope démontre qu'elles sont uniquement constituées par des fibres lamineuses. Il y a au moins une centaine de ces groupes. Dans la pie-mère, l'hypergénèse fibreuse forme des plaques plus ou moins épaisses et plus ou moins étendues; au lieu de grains groupés. Cette membrane adhère au cerveau dans presque toute l'étendue du sommet.

A l'ouverture de ces membranes, il s'écoule beaucoup de sérosité citrine qui ne renferme que des hématies, sans pyocytes.

L'arachnoïde est dure, grenue, et les ventricules renferment une grande quantité de sérosité avec hématies, sans pyocytes.

Il y a plus d'un verre à bordeaux de sérosité, tant dans les ventricules que sous la pie-mère. J'en recueille la presque totalité.

Cerveau. Le cerveau ne porte aucune trace d'inflammation, sa couleur et sa consistance sont normales. Je ne découvre nulle part la moindre trace d'altération anatomique. Les vaisseaux qui le sillonnent sont gorgés de sang noir, qui coule à la coupe de chaque tranche. Le cervelet est sain.

En résumé, il y a :

1° Une hypergénèse fibreuse généralisée des méninges;

2° Une hydropisie sous-méningienne et ventriculaire;

3° Une hyperémie du cerveau, du cœur et surtout du foie.

Réflexions. — A quoi rattacher l'hyperhydrurie et l'hyperdipsie? Évidemment à l'hydropisie sous-méningienne et ventriculaire. Lorsque le liquide fut en assez grande quantité pour comprimer le cerveau, il y eut syncope le 20 avril. Après le retour à la vie, il y eut des crises urinaires qui auraient pu faire juger la maladie, ou du moins l'hydropisie cérébrale; mais l'épanchement s'était reproduit considérable, il y eut une nouvelle syncope, le 20 mai, qui fut mortelle.

Je ne vois pas quelle autre interprétation rationnelle on pourrait donner à cette hyperhydrurie et à cette mort subite.

Recherche du cuivre dans les tissus et les humeurs de cette femme.

Avant de terminer, je dirai que les organes et les humeurs de cette femme ont été analysés par notre méthode électrolytique (Mayençon et Bergeret). Le cuivre a été trouvé partout en abondance. Cette malade avait pris 24 centigrammes de sulfate de cuivre ammoniacal en huit jours.

Le cuivre est un métal qui se répand immédiatement dans tout l'organisme, comme le mercure, l'argent, le palladium, le bismuth, etc.

SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LYON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE.

Présidence de M. Desgranges.

Séance du 22 décembre.

La Société a reçu : 1° un opuscule de M. Laissus fils sur les eaux thermales purgatives de Brides-les-Bains ; 2° des numéros de la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, du *Lyon Médical*.

M. le Président consulte la Société sur l'opportunité de reprendre cette année les visites officielles du premier de l'an, suspendues depuis deux ans.

La Société décide, à la majorité de douze voix contre neuf, que les visites seront faites suivant les usages antérieurs.

M. Pomiès lit un rapport sur le travail de M. Alix, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. Suivant les conclusions de ce rapport, le nom de M. Alix sera inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant.

Lecture.

M. Marduel termine la lecture de son travail sur la méthode du professeur Esmarch pour assurer l'*hémostase dans les opérations*. (V. p. 15 et 83.)

Le secrétaire adjoint, Bondet.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES.

Présidence de M. Laroyenne.

Comptes-rendus des séances d'octobre 1873.

M. Gailleton fait une communication sur la *mortalité des nouveau-nés syphilitiques*.

DISCUSSION.

M. DRON a pu constater comme M. Gailleton la mortalité considérable des nouveau-nés syphilitiques. La syphilis acquise guérit, au contraire, très-bien chez les enfants.

Comme M. Gailleton, il insiste sur l'importance de l'allaitement maternel des nouveau-nés syphilitiques. Dans la clientèle civile, en effet, où l'enfant est généralement nourri par sa mère, la mort est l'exception, alors même qu'il y a des manifestations.

Entre autres faits de guérison, M. Dron cite l'exemple suivant :

Une accoucheuse, enceinte de cinq mois, contracta un chancre digital. Le chancre fut long à guérir : six semaines après son apparition, la malade présenta des accidents secondaires ; mais la grossesse ne fut pas troublée et l'accouchement eut lieu à terme.

Un mois après sa naissance, l'enfant était atteint d'accidents secondaires ; mais, traité par la liqueur de van Swieten et allaité par sa mère, il guérit complètement.

D'un autre côté, tous les enfants syphilitiques nourris au biberon meurent fatalement.

M. LAROYENNE demande à M. Gailleton de quelle manière le traitement spécifique de la mère influence la maladie de l'enfant et ce que l'on voit lorsque la mère n'étant pas syphilitique ou ne présentant plus de manifestations, n'est pas soumise au traitement spécifique.

Quant à l'influence de la syphilis sur la grossesse, M. Laroyenne l'admet bien comme tout le monde, mais il ne croit pas l'avortement aussi fréquent que l'indique la statistique de M. Gailleton.

M. GAILLETON croit que le traitement de la mère est indispensable. Sur les huit cas de guérison consignés dans sa communication, cinq fois la mère était syphilitique. Du reste, toutes les fois qu'on traite l'enfant seul sans traiter la mère, l'enfant meurt. On ne doit faire d'exception que pour les cas rares indiqués par M. Laroyenne, où la mère n'est plus syphilitique ; mais alors on a affaire à une syphilis bénigne chez l'enfant, qui peut guérir par le traitement de l'enfant seul. Généralement il ne donne rien à l'intérieur à l'enfant, mais il fait prendre à la mère du proto-iodure ou du sublimé, et en outre il donne des bains de sublimé à l'enfant.

Quant à l'influence de la syphilis sur l'avortement, il a eu affaire à des cas tout à fait défavorables.

Sans même admettre que la syphilis prise par l'allaitement est plus grave que la syphilis ordinaire, on a vu que ces femmes n'avaient fait aucun traitement ; de plus, la syphilis venait de la mère, et il croit que pour la production de l'avortement l'influence de la mère est plus grande que celle du père.

M. DRON pense que l'on doit faire des réserves pour cette question, à savoir que la syphilis transmise par le père aurait une gravité moindre ; il a observé deux faits qui tendraient à démontrer le contraire ; dans ces deux cas il a vu des enfants couverts de pemphigus alors que les mères n'étaient pas syphilitiques.

M. PERROUD lit une note sur la guérison des granulations tuberculeuses des plèvres. (V. p. 97.)

DISCUSSION.

M. MAYET pense que ces vestiges de granulations ne doivent pas être bornés à la plèvre, mais qu'on doit en trouver autour de la caverne cicatrisée. Ce serait une preuve de l'origine que leur assigne M. Perroud, car on pourrait confondre ces lésions avec les taches laiteuses des séreuses, et il serait important d'en faire le diagnostic.

M. PONCET expose le résultat de ses expériences relatives à l'*ictère hémaphéique*.

Depuis deux ans, M. Poncet a observé chez des malades atteints de fortes contusions et d'épanchements sanguins considérables une teinte subictérique générale de la peau et des conjonctives. Cette teinte apparaît en temps variable après le traumatisme, et coïncide parfois avec les modifications de coloration des ecchymoses.

Chez ces malades, M. Poncet n'a jamais trouvé de traces de matière colorante biliaire dans les urines. Il l'a cherchée souvent et avec soin sans jamais la rencontrer. La teinte subictérique, qui a été nettement constatée par lui et par d'autres personnes, ne saurait donc être attribuée à une lésion du foie ou à une gêne de la circulation hépatique, il s'agirait là d'une nouvelle forme d'ictère due à la résorption de la matière colorante du sang épanché. Plusieurs observations cliniques tendent à démontrer cette hypothèse. Il a recherché expérimentalement les modifications que subit le sang épanché, et les particularités que pouvaient offrir les urines d'animaux auxquels il avait pratiqué des injections de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Il s'est servi de chats et de cabiais. Pour recueillir facilement les urines, il plaçait l'animal dans une cage dont le fond était en tôle avec une ouverture centrale par où s'écoulait l'urine dans un flacon placé immédiatement au-dessous. Un grillage très-fin, étalé au-dessus de la plaque de tôle, retenait les matières fécales. Toutes les vingt-quatre heures, à l'aide du tableau de Vogel et de Neubauer, on notait la coloration des urines émises. Lorsqu'on avait ainsi, au bout de quelques jours, la teinte moyenne des urines (l'animal était pendant tout le temps soumis à la même nourriture), on lui faisait sous la peau une injection de

30 grammes par exemple de sang défibriné d'un autre animal de la même espèce tué au moment même.

Les urines étaient recueillies de la même façon. M. Poncet n'y a jamais trouvé de traces d'hématine ; il employait les procédés indiqués par Vogel pour la recherche de cette substance. Il lui a semblé, en revanche, qu'après l'injection les urines étaient plus foncées comme coloration, ce qui indiquerait une augmentation de la matière colorante urinaire, autrement dit de l'urochrome, qui n'est autre que l'hématine du sang modifiée.

D'autres expériences sont nécessaires pour affirmer cette augmentation d'urochrome à la suite de résorption d'épanchements sanguins. M. Poncet se propose, du reste, de continuer ses recherches et d'examiner surtout la teinte du sang des animaux auxquels il aura pratiqué des injections, supposant qu'il doit être plus coloré qu'à l'état normal.

Un autre fait intéressant signalé par M. Poncet est la rapidité de la résorption du sang injecté chez les animaux dont il s'est servi.

M. Aubert fait une communication sur l'*action de la sueur sur quelques sels métalloïdes*, (V. p. 75.)

DISCUSSION.

M. D. Mollière pense que le procédé de M. Aubert peut s'appliquer à l'étude de la sueur au point de vue pathologique. Il rapporte au sujet des altérations de la sueur le fait d'une personne qui peut annoncer les indispositions de son fils par la seule vue des boutons de métal qu'il porte sur ses habits. Lorsque l'enfant est bien portant, ces boutons présentent leur brillant ordinaire ; ils deviennent ternes lorsqu'il est malade.

On peut également employer les empreintes en médecine légale. Un agrégé du Val-de-Grâce avait déjà fait des expériences à ce sujet. Il se servait d'iode comme M. Aubert ; seulement, au lieu de le mettre sur du coton, il plaçait des cristaux dans un bain de sable qu'il faisait chauffer lorsqu'il voulait avoir des vapeurs iodées.

Dans un cas on a pu, rien qu'à l'aide de l'empreinte du pied sur une feuille de papier, reconnaître un voleur au milieu de vingt à trente personnes soupçonnées. Aucune des empreintes prises ne se ressemblait.

M. Drivon pense que les conclusions de M. Aubert sont vraies pour la main seulement. La sueur, en effet, n'est pas acide partout ; M. Donné a vu qu'elle est neutre dans l'aisselle et alcaline au pli de l'aine.

Les analyses de Favre sont certainement entachées d'erreur, les matériaux solides y sont en proportion trop faible. De plus, ce n'est pas l'acide

sudorique qui est volatil, mais bien des acides gras (caprylique et valérique surtout).

M. Aubert. Les recherches sur l'alcalinité et l'acidité de la sueur n'ont pas été faites au moment où la sueur était excrétée. Il pense qu'à l'aisselle ou au pli de l'aine on n'a pas opéré sur de la sueur fraîche, mais bien sur des résidus. Pour lui, il a essayé de résoudre la question ; mais à l'aisselle ou à l'aine les glandes sudoripares ne s'ouvrent pas comme à la main sur des saillies ; de plus, la peau est mobile, ce qui fait qu'on ne peut pas prendre de tracés démonstratifs. Ce n'est pas par volatilité, mais par double décomposition que l'acide peut se porter sur le nitrate d'argent

M. Peuch rapporte la pratique de l'Ecole vétérinaire, qui donne des résultats tout à fait contradictoires avec ceux obtenus dans l'expérience citée par M. Drivon.

Les chevaux sont fréquemment soumis à des bains de sulfate de cuivre. Le pied est immergé pendant une et deux et quelquefois trois heures dans une solution qui renferme 500 grammes de sulfate de cuivre pour 6 litres d'eau. Jamais les chevaux n'ont présenté d'accident. M. Peuch a cherché le sulfate de cuivre dans l'urine à l'aide de la lame métallique et jamais il n'a pu constater le dépôt de cuivre.

M. Drivon demande à M. Peuch si les chevaux ainsi traités présentent des plaies. Car on sait que la peau dénudée absorbe énergiquement. Il suppose que dans les cas de M. Peuch le liquide est caustique et empêche ainsi l'absorption.

M. Dupuy fait remarquer qu'une dose de 50 à 60 centigrammes détermine le vomissement chez l'homme, mais que chez le cheval, qui ne vomit pas, il faudrait, en raison de son volume, une dose beaucoup plus forte pour amener des accidents.

M. Dron rappelle l'attention de M. Aubert sur l'absorption du sublimé dans le bain.

M. Peuch répond à M. Dupuy que, d'après les expériences de Morton et Percival, une dose de 40 à 50 grammes donne des coliques et de la diarrhée, et qu'avec 64 grammes on a déterminé la mort.

Quant à l'explication de M. Drivon, il la croit peut-être vraie, mais il pense que les solipèdes présentent une immunité relative à l'empoisonnement par les sels de cuivre et par le sublimé corrosif.

M. Chambard demande à M. Aubert si la sueur agit comme l'eau en dissolvant certains gaz, et de quelle manière se comportent les gaz insolubles.

M. Aubert a commencé des recherches sur le mercure dont il donnera ultérieurement le résultat. Il fait remarquer que la pénétration ne prouve pas l'absorption, et qu'un gaz dont on constate la présence dans les glandes sudoripares peut y avoir simplement séjourné.

M. Icard rappelle les expériences de Parisot qui, voyant l'absorption de l'iodure de potassium être arrêtée lorsqu'il appliquait du collodion sur la plante du pied et la paume de la main, avait conclu que l'absorption cutanée ne se faisait que par ces deux points.

M. DRIVON fait remarquer que l'on peut faire absorber différentes substances solubles avec de l'alcool ou du chloroforme. Il pense néanmoins que l'absorption se fait par les glandes sudoripares, malgré l'expérience contradictoire de Valler. On sait en effet que cet auteur empoisonnait des lapins en plaçant une de leur patte dans des solutions toxiques.

M. AUBERT ne connaissant pas l'anatomie du lapin, ne peut discuter cette dernière expérience. Quant à celles de Parisot, elles ont été déjà en contradiction avec celles de Villemin, et on peut faire à tous ces expérimentateurs le reproche d'avoir choisi l'iodure de potassium pour leur recherche. Ce sel en effet est susceptible de se décomposer, de sorte que l'iode gazeux seul peut être absorbé.

L'iode gazeux, comme il l'a démontré, se retrouve dans les glandes sudoripares seulement ; il a essayé de le rechercher dans le bulbe pileux et n'a pu constater la présence de ce métalloïde à l'extrémité des poils, alors que les glandes sudoripares en étaient remplies.

Le secrétaire annuel : P. COLRAT.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE.

Des lésions du foie produites par la ligature des conduits biliaires ; par le docteur Wickham LEGG.— Les recherches anatomiques entreprises sur la jaunisse sont nombreuses, mais c'est surtout depuis ces dernières années qu'elles ont abouti à de sérieux résultats. Nous rappellerons à ce sujet les travaux de Handfiel Jones (1854), de Frerichs (1858), de Foerster (1861), de Liebermeister (1864), etc. En 1866, Oscar Wyss signale l'état variqueux des fins conduits biliaires qui entourent le lobule hépatique ; il dit que les cellules du foie peuvent s'atrophier et devenir granuleuses, mais qu'il n'est pas probable qu'elles se dissolvent ; il n'a jamais vu le tissu conjonctif s'hypertrophier dans l'intérieur du lobule, mais le long des gros vaisseaux il augmenterait un peu de volume dans les cas de jaunisse prolongée. Leyden, vers la même époque (1866), lie les conduits biliaires sur des chiens et constate l'infiltration graisseuse des cellules des *acini* hépatiques. Dans ces derniers temps enfin (1872), Henri Mayer, à la suite d'expériences faites dans le laboratoire de Stricker, à Vienne, arrive à peu près aux mêmes résultats que Oscar Wyss, mais il signale de plus la présence dans le foie de nouvelles cellules plus petites que les cellules hépatiques et qu'il regarde comme identiques à des globules purulents. Comme Wyss, il trouve l'hypertrophie du tissu conjonctif périvasculaire et intralobulaire ; mais il ne trouve pas l'infiltration graisseuse des cellules hépatiques, signalée par Leyden comme la principale lésion de l'ictère.

Tel était l'état de la question quand l'auteur entreprit ses recherches. Il expérimenta sur des chats, à cause de leur plus grande résistance que les chiens à l'opération. Après les avoir anesthésiés par le chloroforme, il place deux ligatures sur le canal cholédoque, à travers une incision abdominale faite sur la ligne médiane, puis il coupe le canal entre les deux ligatures et réunit la plaie de l'abdomen au moyen de quelques points de suture.

Seize chats furent opérés de cette manière ; chez deux le cours de la bile se rétablit dans les intestins. Ce curieux phénomène s'était déjà produit dans les expériences de Brodie (1823), un des premiers qui tenta la ligature des conduits biliaires.

Dans tous les cas, l'ictère fut très-long à se manifester ; il n'apparut pas avant le dixième jour de l'opération. Dans un cas même on ne le constata que le quatorzième jour. Cependant on examinait soigneusement les animaux tous les jours à ce point de vue. C'est aussi vers la même époque que l'ictère se montra dans les expériences de Heinrich Mayer ; mais il faut noter que ce physiologiste expérimenta, comme M. Wickham Legg, sur des chats. La jaunisse apparaît plus tôt chez le chien. Frerichs chez ces animaux la note soixante et soixante-dix heures après l'opération ; Tiedmann et Gmelin, Leyden, Galowin virent aussi leurs chiens devenir ictériques dès le second ou le troisième jour. Dans une vieille expérience de Saunders (1803), on put voir sur un chien sacrifié, deux heures après la ligature des conduits biliaires, les vaisseaux absorbants remplis d'un liquide bilieux, et le sérum du sang des veines sus-hépatiques manifestement ictérique. Cette expérience, répétée par M. Wickham Legg sur un chien, donna des résultats négatifs.

L'auteur a négligé de rechercher le temps qu'il fallait pour que l'urine devînt ictérique ; l'urine des chats et des chiens donne trop souvent en effet la réaction de Gmelin avec l'acide nitrique, même à l'état de parfaite santé, pour que ce genre de recherche ait eu quelque valeur.

Dans la plupart des cas l'appétit reste parfait chez les animaux opérés ; cependant ils maigrissent de plus en plus, ils perdent de leur poids et ils s'éteignent peu à peu sans autre accident morbide notable ; pas d'accidents nerveux, par exemple, pas de convulsions, pas de coma, si ce n'est quelques heures avant la mort.

Quelle est donc la cause de la mort ? Blondlot pense que c'est une péritonite occasionnée par l'ulcération du canal biliaire sous la ligature et un épanchement consécutif de la bile dans le péritoine. Mais M. Wickham Legg n'a constaté cet accident dans aucune de ses expériences. Trois de ses animaux sont morts le cinquième et le septième jours de « prolapsus intestinal » ; un le neuvième jour, trois jours après une ponction au quatrième ventricule cérébral ; dix autres moururent les troisième, qua-

trième, huitième, neuvième, dixième, quatorzième, seizième, dix-huitième et vingtième jours ; les deux autres furent tués le vingt-septième et le vingt-neuvième jours.

Leyden attribue la mort des animaux à la jaunisse, qui complique la péritonite ; mais M. Wickham Legg a vu dans une de ses expériences la jaunisse manquer, quoique l'animal soit mort ; et d'un autre côté il rappelle que les chiens sur lesquels on pratique des fistules biliaires vivent malgré des jaunisses intenses. Il attribue plus volontiers la mort aux lésions de structure survenues dans le foie à la suite de l'opération.

En effet, après la ligature des conduits biliaires, le foie contient peu ou ne contient plus de glycogène, ainsi que l'iode le démontre. Dans trois cas que l'auteur examina à ce point de vue, l'extrait aqueux du foie ne contint pas de sucre. Dans un cas, six jours après la ligature des canaux biliaires, le sucre ne se montrait plus dans l'urine après la ponction du quatrième ventricule. Le foie cesse donc de faire du glycogène peu de temps après la ligature de ses canaux excréteurs, et comme cette substance est un nutriment très-précieux, il n'est pas étonnant de voir les animaux qui en sont privés maigrir et mourir d'inanition malgré la nourriture qu'ils prennent d'ailleurs.

L'altération du foie la plus importante que M. Wickham Legg note dans ses expériences fut une hypertrophie très-manifeste du tissu conjonctif, qui débuta dès les premières heures qui suivirent la ligature des conduits biliaires. Cette hypertrophie a son point de départ dans l'action de la ligature sur les parois de ces conduits ; puis elle embrasse la capsule de Glisson et tout le tissu conjonctif de l'organe, détruisant le parenchyme hépatique, qui disparaît peu à peu à mesure qu'elle augmente. Ce tissu conjonctif hypertrophié est en général hyalin ou légèrement fibreux ; parfois un peu granuleux. Il contient un certain nombre de corpuscules que l'auteur désigne sous le nom de corpuscules adénoïdes, sans cependant se prononcer sur leur nature. Ils ressemblent beaucoup à des leucocythes et sont très-nombreux, sans affectionner de siége spécial dans l'acinus hépatique ; cependant, dans les tuniques fibreuses fortement hypertrophiées des vaisseaux ils semblent plus nombreux que partout ailleurs.

En liant les vaisseaux-portes, M. Wickham Legg a produit une hypertrophie conjonctive et une cirrhose hépatique tout à fait semblable à celle que donne la ligature des canaux biliaires, et dans les deux cas le processus morbide s'est montré le même.

L'auteur n'a vu nulle part la fonte des cellules hépatiques et leur destruction par dissolution ; cependant elles se sont montrées très-altérées. Sous l'influence de l'hypertrophie du tissu connectif elles s'infiltrent de graisse, deviennent granuleuses et s'atrophient de manière à ne devenir pas plus grosses que des leucocythes ; elles tendent à prendre une forme arrondie ou ovale,

et leur contour devient peu distinct, leur noyau restant plus ou moins apparent ou voilé et ratatiné. Jamais l'auteur n'a vu le haut degré de pigmentation qui a été décrit, jamais non plus il n'a rien vu qui ressemblât à ce que Oscar Wyss et Mayer ont décrit comme des débris de la fonte des canalicules biliaires.

Les cas pathologiques qui se rapprochent le plus des faits expérimentaux que nous venons d'étudier sont ces cas d'hépatite interstitielle consécutive à l'obstruction congénitale des conduits biliaires en dehors du foie. On trouve dans ces faits la même hypertrophie du tissu conjonctif partant des conduits biliaires pour s'étendre le long des vaisseaux-portes à tout le système connectif de l'organe ; le processus est le même dans les deux cas.

Dans la fièvre jaune on trouve aussi une hypertrophie du tissu connectif du foie ; mais à un certain degré de la maladie ce tissu connectif se ramollit et entre en dissolution graisseuse en même temps que les cellules hépatiques, ce que l'on ne produit jamais par la ligature des conduits biliaires, pas plus que l'on ne produit la fonte des cellules hépatiques.

Dans quelques cas d'atrophie jaune aiguë du foie on trouve une obstruction permanente des voies excrétoires de la bile en dehors du foie ; mais ce n'est pas à dire pour cela que cet accident soit le premier chaînon de la maladie, comme le pensait von Dusch.

Quant à la prétendue action dissolvante de la bile sur les cellules hépatiques que ce pathologiste invoquait pour expliquer la fonte de celle-ci, on sait maintenant qu'elle est controuvée. M. Wickham Legg a pu s'assurer expérimentalement que, au contact de la bile ou d'une solution d'acides biliaires, les cellules du foie deviennent très-pâles et prennent des contours très-peu distincts, mais qu'elles ne se dissolvent pas. Il en est tout autrement des globules sanguins, qui, dans de pareilles conditions, se dissolvent rapidement. (*The Saint-Bartholomew's hospital reports*, 1873, vol. IX.)

Effets produits sur les animaux par les déjections fraîches des cholériques, par le docteur Andreas Hoegyes, de Pesth. — L'auteur, après une série d'expériences très-variées sur des chiens et des lapins, est arrivé aux conclusions suivantes :

Les excrétions des cholériques administrées à l'état frais produisent sur les animaux des effets fâcheux à différents degrés suivant les différentes espèces animales.

Des urines fraîches, des selles et des matières des vomissements provenant d'un cholérique, ingérées à des chiens, déterminent chez eux des accidents gastro-intestinaux (diarrhée, vomissements) assez graves. Ces accidents se montrent plus graves et plus faciles à provoquer quand auparavant on provoque chez les animaux en expérience des catarrhes artificiels de l'estomac et des

intestins au moyen de l'administration du sulfate de cuivre, par exemple, ou de l'huile de croton.

Les mêmes phénomènes de gastro-entérite se développent chez les animaux auxquels on fait respirer un air fortement chargé d'émanations cholériques (selles, matières vomies) quand celles-ci n'ont pas été désinfectées; mais lorsqu'elles ont été désinfectées par l'acide phénique, l'air qui les traverse et qui s'imprègne de leurs émanations peut être respiré sans danger.

Quand on fait passer un courant d'air à travers des déjections cholériques non désinfectées, on peut voir que cet air se charge dans son passage de nombreux éléments cryptogamiques (surtout de bactéries) qui végètent abondamment dans un sol favorable. Mais après la désinfection des déjections par l'acide carbolique pareil phénomène ne se produit pas, les micro-organismes dont le courant d'air peut être chargé sont incapables de se multiplier.

Quand on injecte dans les veines d'un animal quelques gouttes d'eau distillée ou quelques gouttes d'une solution de Cohn, dans lesquelles est venu se laver un courant d'air chargé de microphytes, après son passage à travers des déjections cholériques non désinfectées, on voit bientôt cet animal être pris de catarrhe gastro-intestinal plus ou moins grave et quelquefois même mortel. Quand, au contraire, on a soin de désinfecter les matières avec l'acide phénique, l'eau de lavage ou la solution de Cohn qui a servi à laver le courant d'air à sa sortie des déjections peut être injectée dans les veines des animaux sans déterminer d'accidents cholériformes. Ce sont des phénomènes d'intoxication par l'acide phénique qui se développent, ce qui s'explique par la grande quantité de cette substance dont l'air s'est chargé pendant son passage à travers le milieu phéniqué.

Quand on injecte dans les veines des animaux des déjections cholériques, on produit chez eux des accidents cholériformes même si ces déjections ont été désinfectées ; elles semblent agir alors par leur composition chimique et non plus par des éléments microscopiques organisés. (*Centralblatt*, 1er et 8 novembre 1873, et *Brit. med. journ.*, 13 décembre 1873.)

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la salivation par l'atropine, par le docteur Ebstein. — L'auteur rapporte l'observation d'un homme de soixante-huit ans, qui fut frappé d'une attaque apoplectiforme à la suite de laquelle il eut une paralysie de la moitié latérale gauche du corps et des muscles de la mastication et de la déglutition. Une abondante quantité de salive s'écoulait par l'angle gauche de la bouche.

M. Ebstein pensa avoir affaire à une hypersécrétion de salive par irritation de la corde du tympan, et, connaissant les expé-

riences de Heidenheim qui ont démontré que l'atropine empêche l'action de la corde du tympan sur la glande salivaire, il eut l'idée d'administrer cette substance à son malade, dans le but de parer aux effets de l'irritation morbide du nerf. Il ordonna donc une pilule par jour contenant un milligramme et demi d'atropine, et en huit jours il tripla cette dose quotidienne.

La quantité de salive excrétée, qui auparavant était de 500 à 600 centimètres cubes dans les vingt-quatre heures, tomba rapidement à 300, puis à 275, à 100 et enfin à 90 centimètres cubes ; mais quatre pilules ne tarirent pas cette sécrétion. Ebstein injecta alors de petites quantités d'atropine (un quarante-quatrième de grain) sous la peau de la glande sous-maxillaire gauche, et au bout de sept minutes la sécrétion s'arrêta pour ne se reproduire que quatorze heures après. Le même effet se manifesta, mais un peu moins promptement quand on fit l'injection dans d'autres parties du corps, sur l'avant-bras, par exemple, ou même quand on instilla le médicament dans l'œil.

Le traitement n'eut pas d'autre inconvénient que celui qui résulta de la dilatation de la pupille. (*Berliner Klin. Wochensch.*, juin 1873, et *The Pract.*, décembre 1873.)

De l'hydrothérapie dans la pneumonie aiguë, par le docteur Fismer. — A l'hôpital de Basilea, depuis 1867, on traite la pneumonie aiguë presque exclusivement par le bain froid. Pendant la première moitié de 1867, on employait un bain longtemps prolongé à 20-24° R. Mais à partir de la seconde moitié de cette même année, on se servit du bain froid à 16° R. et d'une durée de dix minutes seulement, réservant aux sujets très-affaiblis et avancés en âge la pratique que l'on avait suivie durant le premier semestre.

Le mode opératoire diffère peu de celui qui est usité dans le traitement du typhus ; les malades sont mis dans le bain aussitôt que la température atteint 39° c. On les y laisse jusqu'à ce qu'ils commencent à frissonner, c'est-à-dire dix minutes environ ; ce temps est réduit à cinq ou sept minutes pour les sujets qui sont très-dyspnéiques ou très-affaiblis ; à ceux-là surtout on donne du vin. Chez quelques-uns, enfin, on a parfois administré, concurremment avec le bain, de la quinine, de la digitale ou de la vératrine, suivant la méthode de Liebermeister.

Du milieu de 1867 au milieu de 1871, 230 pneumoniques furent soumis au traitement précédent ; M. Fismer compare ces 230 malades à 230 autres pneumoniques traités dans le même hôpital de 1858 à 1866, c'est-à-dire avant l'adoption de l'hydrothérapie, et voici les résultats de cette comparaison tels que l'auteur les publie dans *Deutches archiv. für Klin. med. Bd 4 und 5 Heft.*

Avant le traitement par l'eau froide, la mortalité oscillait entre 30 et 47,8 pour 100. Depuis le traitement hydrothérapique, elle

est tombée à 16,5 et 26,1 pour 100, soit une diminution de 8,7 pour 100 en moyenne.

L'absence de documents ne permet pas de comparer les deux méthodes au point de vue de la durée de la maladie ; nous pouvons dire seulement que la durée moyenne du séjour des malades à l'hôpital, qui était de 28,1 jours avant le traitement par l'eau froide, tomba à 25,7 jours en moyenne sous l'influence de ce traitement.

Dans 166 cas où l'on nota la date précise du frisson initial et celle de la défervescence, on put constater que celle-ci se produisit en général du cinquième au huitième jour.

Chez 120 malades admis à l'hôpital dans les cinq premiers jours de la maladie, la mortalité fut de 7,5 pour 100 ; chez 29 admis plus tardivement en traitement, elle fut de 24,1 pour 100.

Enfin, dans les cas suivis de mort, la quantité moyenne des bains employés fut de 10 ; dans les cas suivis de guérison, on administra 14 bains environ en moyenne.

Le bain froid ne parut pas avoir d'influence bien appréciable sur le travail inflammatoire local, mais il eut les plus heureux effets sur les complications dépendant de l'état fébrile (*Gazz. med. ital. provinc. venet.*, 27 décembre 1873).

Du xylol dans le traitement de la variole, par le docteur Burkhart. — Ce médicament, sur lequel le *Lyon Médical* a déjà appelé l'attention, a été administré avec succès par l'auteur dans les formes graves, pustuleuses et hémorrhagiques de la variole ; il n'a aucune influence sur la fièvre et la température, il n'atténue pas l'éruption et n'abrége en rien les différentes périodes de la maladie ; mais il a une action très-manifeste et très-heureuse sur l'angine variolique, qu'il diminue très-sensiblement, de sorte que les malades peuvent facilement avaler et se nourrir et cessent de souffrir des accidents si pénibles qui surviennent dans le cours de la variole du côté du pharynx et du gosier.

Cette action du xylol est si manifeste que M. Burkhart conseille d'essayer ce médicament dans la diphthérie de l'arrière-bouche. Il paraît agir par contact immédiat, et si son action est plus sensible en ingestion qu'en gargarisme, c'est parce que pendant la déglutition son contact avec les parties malades est plus intime que dans l'acte de se gargariser.

Sous l'influence du xylol, les malades répandent une odeur moins fétide, et leur respiration contient une notable quantité du médicament. La mortalité, enfin, est diminuée dans une proportion sensible.

Pour les enfants, le docteur Burkhart conseille la formule suivante :

Xylol pur..............	5 à 10 centigr.
Eau de fenouil..........	30 gr.
Vin d'Espagne.....	60 gr.
Eau de menthe poivrée...	30 gr.

A prendre par cuillerée à café toutes les heures. (*Riv. clin. di Bologna*, 11 nov. 1873.)

Notes de thérapeutique. — Nous glanons dans les journaux étrangers les quelques notes suivantes, que nous donnons comme un simple *index* de thérapeutique.

Bromure de potassium et d'ammonium contre la coqueluche. — Le docteur John Cadwell emploie le médicament en inhalations au moyen d'un appareil pulvérisateur et suivant cette formule :

Extrait de belladone	5 à 10 centigr.
Bromure d'ammonium....	4 à 8 grammes.
Bromure de potassium....	30 —
Eau distillée............	60 —

A employer une cuillerée à café à chaque séance.

L'auteur a obtenu de cette pratique les meilleurs effets, notamment sur ses deux propres filles, âgées l'une de deux ans, l'autre de quatre ans. Dans ces deux cas les quintes ont disparu en six jours, ne laissant qu'une toux très-légère, qui s'éteignit quelques jours après. (*The med. Record*, 1872.)

Le professeur Carl. Gerhardt, admettant aussi que la coqueluche reconnaît pour cause prochaine un catarrhe des voies aériennes avec hyperesthésie de la partie inférieure des cordes vocales ou zone à actions réflexes de Bidder, conseille les bromure pour atténuer cette sensibilité exagérée.

Il donne le bromure d'ammonium à l'intérieur plusieurs fois par jour, à la dose de 10 à 30 centigrammes et prescrit des inhalations avec une solution de bromure de potassium à quatre pour cent. (*Lehrbuch der Kinderkrankh.*)

Usage externe du brome dans la diphthérie. — Le docteur Gottwald a essayé les inhalations de brome, déjà recommandées par Schutz contre les affections diphthéritiques et croupales de la bouche. Voici sa formule :

Brome pur........	30 centigr.
Bromate de potasse.	30 —
Eau distillée.......	150 grammes.

Dix-huit cas de diphthérie et deux cas de croup furent soumis à ces inhalations au moyen d'un appareil pulvérisateur. Les diphthéries étaient toutes graves et consécutives à des rougeoles, des typhus, etc. ; quatorze guérirent ; quatre moururent, dont deux succombèrent le jour même de leur admission.

Dans les deux cas de croup le résultat fut tout à fait surprenant.

M. Godwald en même temps que les inhalations a employé les badigeonnages avec la solution de bromure et d'iodure de potassium, ainsi que les cautérisations avec les bâtons de chlorure de zinc. (*Deutsche Klinik*, 1872, et *Riv. clin. di Bologna*, 1873.)

Des vapeurs d'eau chaude dans le traitement de l'atelectasie congénitale. — Le docteur Adolphe Kjellberg, de Stokholm, place ses petits malades dans une sorte de bain de vapeurs qu'il établit autour de leur couchette au moyen de couvertures de laine qu'il dispose de manière à former à l'enfant une petite cellule, dans laquelle on entretient un vase d'eau bouillante. Il faut que la température de cette petite cellule soit de 26 à 27° c., qu'elle ne descende pas au-dessous de 25° et qu'elle ne dépasse pas 30° c.; enfin il convient de veiller à ce que l'air puisse facilement se renouveler.

Dans ce milieu chaud et humide la respiration devient bientôt plus libre, les sécrétions bronchiques ne s'accumulent plus dans les voies aériennes, la température du corps se relève et l'appétit se réveille.

La durée de ces bains de vapeurs ainsi que le degré de l'humidité varient suivant la gravité des cas et peuvent du reste facilement être gradués. Quelquefois le traitement a besoin d'être continué pendant huit ou quatorze jours.

M. Kjellberg a guéri de cette manière non-seulement des atelectasies pulmonaires, mais encore des catarrhes laryngiens et bronchiques chez des enfants à la mamelle. (*Riv. clin. di Bologna*, 1873.)

Conservation de la lymphe vaccinale. — Le docteur T. Preston étend la lymphe vaccinale sur un morceau de papier au moyen d'un pinceau de poils qu'il charge à la pustule vaccinale; puis il laisse sécher. Si le vaccin doit être conservé longtemps, il convient de recouvrir le papier d'une légère couche d'albumine.

Pour s'en servir il suffit d'humecter légèrement cet enduit au moyen de l'haleine et d'appliquer un morceau du papier vaccinifère sur un point dénudé de la peau. (*Rivista clinica di Bologna*, 1873.)

Traitement de la jaunisse catarrhale par l'électricité. — Le docteur Gerhardt, de Berlin, commence par déterminer la position de la vésicule du fiel au moyen de la percussion du bord libre du foie. Le plus souvent on peut reconnaître cet organe à une petite éminence arrondie, à convexité inférieure qui siége sur un point du bord inférieur du foie et qui fait légèrement saillie. Un électrode d'une forte machine électrique à induction est appliqué sur ce point, pendant que l'autre électrode est appliqué de l'autre côté de la ligne médiane sur l'abdomen. Presque

toujours, quand le courant est puissant, il se produit un gargouillement perceptible à l'oreille et très souvent les fèces ne tardent pas à se colorer et la guérison à s'effectuer. (*Berliner Klin. Woch.*, 1873, et *The Doctor*, 1874.)

Traitement de l'eczéma capitis. — A l'hôpital de Bellevue, de New-York, on emploie habituellement contre cette maladie le traitement suivant : appliquer toutes les nuits des cataplasmes sur la partie malade jusqu'à ce que les croûtes soient tombées ; faire ensuite sur les surfaces dénudées des lotions avec une solution aqueuse de nitrate d'argent, 25 centigr. sur 30 grammes d'eau ; puis employer en application la solution suivante :

Eau de Cologne...........	120	grammes.
Glycérine................	60	—
Acide phénique en cristaux.	4	—
Borax..................	4	—

Continuer ce pansement jusqu'à la guérison de l'eczéma. (*The medical Record.*)

Pansement des chancres simples. — A l'hôpital de Roosevelt on cautérise d'abord le chancre avec le nitrate d'argent ou avec l'acide nitrique, et quand la plaie est nettoyée, on panse avec de l'iodoforme. (*New-York medical Record.*)

REVUE DES LIVRES

Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde, par le docteur Bourneville.

L'ouvrage du docteur Bourneville témoigne de longues études et d'une connaissance approfondie des recherches faites en France, en Angleterre et surtout en Allemagne sur les données que peut fournir la thermométrie médicale pendant le cours de la fièvre typhoïde. Les auteurs allemands semblent avoir été les guides choisis de préférence dans cette étude, par M. Bourneville.

Nous ne pouvons lui en faire un reproche. Les Allemands nous ont devancés dans ce genre d'observation. Nos compatriotes, un peu plus soucieux peut-être des répugnances de leurs malades que nos confrères d'outre-Rhin, ont longtemps hésité à introduire dans nos hôpitaux un système d'expériences journalières dont l'adoption avait besoin d'être justifiée par une grande confiance de la part de ses préconisateurs dans les résultats qu'il pouvait donner.

Aujourd'hui que l'expérimentation allemande a tranché la

question, le thermomètre a pris chez nous sa place parmi les instruments de la clinique, et toute une école de jeunes et ardents adeptes s'est mise à contrôler les découvertes annoncées par les Wunderlich, les Griesinger, les Thiefelder, les Wachmusth, etc. Mais malgré les beaux travaux de M. Jaccoud et de M. Sée, il faudra encore un peu de temps pour que dans cette étude nous puissions chercher nos guides en France sans avoir besoin de recourir constamment aux lumières des pathologistes allemands.

L'auteur dont les recherches ont le plus servi à la préparation du mémoire du docteur Bourneville est le professeur Wunderlich, qui a publié sur ce sujet un ouvrage assez important pour avoir eu les honneurs de la traduction, d'abord en Angleterre, par Bathurst Wood, en 1871, et, depuis, en France, par M. Labadie Lagrave. Ce sont les idées émises par Wunderlich qui forment le fond du travail que nous avons à analyser.

A l'appui des principes posés par l'auteur allemand, M. Bourneville apporte une série de nombreuses et belles observations prises avec le plus grand soin. Assurément, en publiant ce mémoire, l'auteur rend à la science et à la clinique un service signalé dont nous devons lui être reconnaissants. Si l'on peut regretter de trouver à certaines pages de ce travail un peu trop de cette aridité et de ce luxe de détails poussé jusqu'à la confusion, qui est généralement l'apanage des livres allemands, et qui rend parfois pénible l'étude des écrivains inspirés par l'école germanique , les lecteurs qui auront le courage de le suivre jusqu'au bout seront amplement dédommagés par les lumières qu'ils en retireront. Ils y trouveront le moyen d'élucider dans mainte et mainte circonstance un diagnostic parfois aussi difficile qu'important et d'arriver également à porter sur l'issue et la gravité de la maladie un pronostic plus sûr.

M. Bourneville distiugue deux espèces de fièvres typhoïdes : les fièvres bénignes ou cas légers, et les fièvre graves.

Dans les unes comme dans les autres, il y a, et cela pendant toute la durée de la maladie, une rémission marquée le matin, rémission signalée par l'abaissement de la température rectale, et le soir une exacerbation accusée par l'élévation du thermomètre. Cette exacerbation a lieu entre midi et onze heures du soir, très-fréquemment entre quatre et sept heures ou au moins entre deux et neuf heures.

Dans les cas légers on observe une première période d'invasion, d'augmentation de la fièvre que Wunderlich désigne sous le nom de stade initial. Cette période, d'après notre auteur, dure quatre jours, la moitié du premier septénaire. On voit pendant ce temps la température s'élever du matin au soir d'un degré à un degré et demi, pour redescendre du soir au matin d'un demi-degré à trois quarts de degrés seulement.

Une pareille marche a pour conséquence l'élévation quotidienne

de la température. Un observateur qui n'interrogerait le thermomètre qu'une fois par jour, et tous les jours à la même heure, verrait constamment la chaleur augmenter d'un jour à l'autre. Le quatrième jour, le thermomètre arrive à accuser en moyenne 39°,2 le matin et 40°,3 le soir, d'après le tableau que donne Wunderlich.

Après le quatrième jour arrive la période d'état, de fastigium, suivant l'expression de M. Bourneville. Cette période se divise en deux parties : l'une qui finit avec le premier septénaire de la fièvre typhoïde, l'autre qui s'étend jusqu'au milieu du second septénaire. La première moitié du fastigium donne comme température des chiffres un peu plus élevés que ceux de la seconde, tant le matin que le soir; ce que M. Bourneville traduit avec Wunderlich en disant : Dans la première moitié du fastigium les rémissions sont moins marquées et les exacerbations plus fortes, tandis qu'on observe le contraire dans les trois ou quatre derniers jours de cette période.

Le passage de la première à la seconde partie du fastigium est indiqué par un abaissement subit et éphémère du thermomètre. Cette diminution de température peut arriver pendant une des périodes journalières de rémission; alors elle a pour conséquence l'exagération de la baisse thermométrique du matin. Si elle arrive le soir, elle a pour résultat l'absence de l'élévation qu'on s'attendait à voir accusée par la colonne thermométrique.

La fin du fastigium est indiquée, au contraire, par une élévation brusque et également passagère de la chaleur rectale, élévation qui, suivant qu'elle survient le matin ou le soir, a pour résultat l'absence de la rémission matinale ou l'exagération de l'exacerbation vespérale.

Cette hausse du thermomètre précède la crise et en est le signe en même temps que la conséquence.

Après la crise arrive la période de défervescence. On voit alors le thermomètre recommencer à baisser le matin pour remonter le soir. Mais, à l'inverse de ce qui se passait pendant le stade initial, il baisse toujours plus du soir au matin qu'il ne monte du matin au soir. Il en résulte que peu à peu la température rectale, toujours plus basse d'un jour à l'autre, revient à son chiffre normal à mesure que le moment de la guérison approche. Mais quel que soit le degré accusé, il ne faut considérer le malade comme guéri que lorsqu'on a vu manquer au moins deux jours de suite l'exacerbation du soir. Pour qu'on puisse regarder la fièvre typhoïde comme terminée, il faut que la température rectale reste la même le soir et le matin.

Les différences qui distinguent les fièvres graves des cas légers s'observent principalement pendant la période d'état, de fastigium.

Le stade initial dure à peu près autant dans un cas que dans l'autre, et présente dans tous les deux le même caractère de ré-

mission le matin et d'exacerbation le soir. Seulement l'ascension de la température est plus rapide, et le thermomètre arrive rapidement à 39°,5, 39°,6 le matin, et le soir à 40°, 40°,5, et même 41° et plus le quatrième jour.

Le pronostic est d'autant plus grave que l'on observe une température plus élevée. Lorsque l'exacerbation du soir l'amène à plus de 41°,2 vers les derniers jours du stade initial, le malade est en grand danger. A 41°,4 la mortalité égale le nombre des guérisons. A 41°,5 et au-dessus la mort est la règle et la guérison l'exception. Au-dessus de 42° le malade peut être considéré comme fatalement perdu.

La période d'état est beaucoup plus longue dans les fièvres graves et présente à plusieurs reprises et à époques irrégulières des abaissements ou des élévations éphémères du thermomètre. Deux jours semblent plus spécialement désignés, l'un le douzième jour pour une de ces diminutions de la chaleur, l'autre le vingt-cinquième pour une augmentation. Après l'abaissement de température du douzième jour, on observe, comme cela se passe dans les cas légers pendant la seconde moitié du fastigium, une amélioration de l'état du malade caractérisé par des températures moindres, soit le matin, soit le soir.

Si cette rémission du douzième jour vient à manquer, et surtout si pendant la troisième semaine la chaleur devient plus forte que pendant la deuxième, il y a lieu de porter un pronostic très-grave.

La défervescence dans les fièvres graves n'arrive qu'à la fin de la troisième semaine, souvent au milieu de la quatrième semaine après l'élévation du vingt-cinquième jour, et parfois plus tard encore. Cette période a une longue durée lorsque la maladie a présenté d'une façon évidente le type intermittent.

La guérison enfin se reconnaît aux mêmes signes que dans les cas légers, lorsqu'il y a absence totale de fièvre le soir.

Après avoir décrit la marche ordinaire de la fièvre typhoïde, le docteur Bourneville passe dans la seconde partie de son travail à l'étude des anomalies qui se présentent parfois dans les variations de la température.

Ces anomalies, il les rattache à diverses causes. Quelques-unes sont dues à l'âge du malade, soit qu'on ait affaire à de très jeunes enfants, soit que le malade ait dépassé l'âge de trente-cinq ans. D'autres fois on peut s'en prendre à l'influence de maladies préexistantes, comme l'endocardite, la péricardite, la pleurésie, la néphrite parenchymateuse. Divers médicaments peuvent également troubler la marche de la température. Dans certaines circonstances on peut accuser de nouvelles jetées qui se font sur les glandes de Peyer au moment où les premiers processus étant en voie de résolution, tout semblait annoncer une guérison rapide. Bien souvent aussi les irrégularités de la température tiennent à la gravité excessive de la maladie, annoncent par exemple l'immi-

nence d'accidents ataxiques, ordinairement mortels. Les perforations intestinales, les hémorrhagies se traduisent également par des perturbations thermométriques; il en est de même de bien d'autres accidents qu'il serait trop long de passer en revue ici. Nous ne pouvons que renvoyer pour cette étude nos lecteurs au mémoire de M. Bourneville. Ils y trouveront le résumé de tout ce que la science a jusqu'ici révélé sur les indications que peut fournir le thermomètre dans la fièvre typhoïde, et comprendront comme nous que nul ne pouvait être plus digne que notre savant confrère du prix que la Société de médecine du département du Nord a décerné à son travail.

H. Debauge.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences de Paris. — La séance du 15 décembre n'a présenté d'intéressant qu'un rapport du général Morin, le savant professeur et directeur du Conservatoire des arts et métiers, concernant un mémoire (en anglais) de M. Douglas Galton, *sur la construction des hôpitaux.*

L'auteur passe en revue toutes les conditions d'établissement des hôpitaux; il les expose et les discute avec l'autorité de sa grande expérience. Ce travail, qui contient un grand nombre de faits et d'observations qu'il est utile de signaler à l'attention de tous ceux qui veulent s'occuper de ces importantes questions, a été l'occasion d'une discussion très-intéressante devant l'Association médicale anglaise.

On trouve dans ce mémoire une statistique éloquente qui montre l'influence des mauvaises conditions hospitalières et de l'agglomération sur le résultat des opérations chirurgicales. Ainsi, tandis qu'à Paris, dans les grands hôpitaux qui contiennent 600 à 800 lits, la mortalité à la suite de certaines amputations est de 60 sur 100 opérés; à Londres, dans les hôpitaux de 300 à 400 lits, elle est de 40 pour 100; dans les hôpitaux de 200 lits, de 25 p. 100; dans ceux de 100 à 120 lits, de 20 p. 100. Elle n'est plus que de 14 à 18 p. 100, dans les petits hôpitaux de province; enfin, dans des chambres isolées, la mortalité descend à 11 p. 100, et même à 8 dans certaines conditions.

— On s'est jusqu'à présent beaucoup occupé du phylloxera à l'Académie des sciences, mais uniquement pour proposer des procédés plus ou moins ingénieux et souvent bien peu pratiques, tels par exemple que la submersion des vignes, etc.

Nous trouvons aujourd'hui un travail d'ensemble *sur les résultats des expériences faites par la Commission de la maladie de*

la vigne du département de l'Hérault, qui pourra peut-être intéresser quelques-uns de nos lecteurs, propriétaires de vignobles. Cette commission, fort compétente, après avoir essayé presque tous les insecticides proposés, arrive à cette conclusion qu'aucune des substances données comme tels n'a d'action bien manifeste sur l'insecte, mais que les sels à base de potasse, et en particulier le *sulfure de potasse*, dissous dans du purin ou des urines et déposés au pied de la vigne, renforcent les ceps qui ont refait de nouvelles racines, poussé de gros sarments et bien mûri leurs fruits. Ils se rapprochent alors de l'état normal, tandis qu'autour d'eux ceux qui n'ont pas été traités ainsi, s'affaiblissent de plus en plus et paraissent devoir périr. N'est-il pas permis d'espérer que l'emploi préventif des mêmes moyens donnera d'utiles résultats ?

Ces conclusions se rapprochent de celles de M. Guérin-Méneville, qui veut que le phylloxera ne soit que la conséquence et non la cause de la maladie de la vigne.

— M. Terreil présente de *nouvelles recherches sur la préparation du kermès*. Ce composé, dont la préparation et les propriétés thérapeutiques sont connues depuis longtemps, puisque le procédé d'obtention fut acheté par le gouvernement au chirurgien La Ligerie, en 1720, présente une composition assez complexe, qui ne fut élucidée que par Berzélius.

Deux procédés sont, comme on sait, actuellement employés pour l'obtenir : le procédé par voie sèche, qui fournit le kermès vétérinaire, et le procédé par voie humide, qui donne le kermès médical ou de Cluzel. Le premier, disent les traités de chimie et de pharmacie, s'obtient en fondant le sulfure d'antimoine avec le *carbonate de potasse*, le deuxième en faisant bouillir du sulfure d'antimoine dans une solution de *carbonate de soude*.

Or, M. Terreil trouve que :

1° Par voie humide la préparation du kermès ne peut se faire qu'avec le carbonate de soude, le carbonate de potasse *parfaitement pur*, ne fournissant point du produit. Ce résultat inattendu est attribué par l'auteur à ce qu'il faut que le carbonate alcalin soit décomposé par le sulfure d'antimoine en acide carbonique et alcali ; le carbonate de soude seul est ainsi décomposé par voie humide, tandis que le carbonate de potasse ne l'est pas.

Cette différence d'action, qui se traduit par la formation d'un composé insoluble avec la soude, le kermès, tandis qu'aucun précipité n'apparaît avec la potasse, permet, au dire de M. Terreil, de constater la présence de la soude, même en quantité infiniment petite, et peut-être même de la doser.

2° Par voie sèche, au contraire, le carbonate de potasse pur, fondu avec le sulfure d'antimoine, donne une masse qui, reprise par l'eau bouillante, fournit une liqueur laissant déposer beaucoup de kermès en se refroidissant, et retenant peu d'antimoine en dissolution. Dans les mêmes conditions, le carbonate de soude

donne une liqueur qui retient, au contraire, presque tout l'antimoine à l'état de sulfosel, et qui ne laisse déposer que peu de kermès.

3° M. Terreil a encore reconnu que l'hydrate de chaux attaque, par voie humide le sulfure d'antimoine ; il se produit une liqueur qui laisse quelquefois déposer, en se refroidissant, une très-petite quantité d'une substance d'un jaune de chrome, mais qui retient ordinairement tout le sulfure d'antimoine à l'état de sulfosel ; elle contient également de l'antimonite de chaux, qui cristallise plus tard en petites tables à six faces. Au contact de l'air, sous l'influence de l'acide carbonique, la liqueur se décompose : elle laisse déposer peu à peu tout son antimoine à l'état de kermès brun foncé.

4° Enfin, résultat non moins curieux, rapproché des précédents, les hydrates de baryte et de strontiane n'attaquent point le sulfure d'antimoine.

— M. Monclar (d'Albi) adresse une note concernant la ***panification des farines fournies par diverses graines***. Le procédé appliqué par l'auteur aux farines de lupin, de fève, de haricot, de vesce, de maïs, etc., consiste à soumettre ces farines à des lavages pour leur enlever leur huile essentielle, jusqu'à ce qu'elles aient perdu le goût caractéristique de l'huile elle-même. La farine égouttée est ensuite mélangée à de la farine de blé, en parties égales ; on pétrit en ajoutant un peu plus de levain qu'à l'ordinaire. (*Séance du 22 déc.*) C. KASTUS.

Académie de médecine de Paris. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection du vice-président et du secrétaire annuel. M. Devergie, vice-président, passe à la présidence pour l'année 1874 ; M. Gosselin est élu vice-président pour la même année. M. Henri Roger est prorogé par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel.

— M. Moutard-Martin présente une observation de kyste hydatique du foie, ouvert dans la poitrine et compliqué d'hydropneumothorax, traité et guéri par l'opération de l'empyème. Cette observation est due à M. le docteur Robert, de Pau, qui l'a recueillie sur lui-même. C'est M. Moutard-Martin qui a pratiqué l'opération; celle-ci a nécessité une incision de 6 centimètres, qui a donné issue à une certaine quantité de pus mêlé de sang et à une poche kystique très-volumineuse.

Le malade, qui était à toute extrémité au moment de l'opération, s'est rétabli très-rapidement, et il est aujourd'hui complètement guéri. (*Séance du 30 décembre 1873.*)

— M. Broca lit, au nom de M. le professeur Charles Martins, de Montpellier, une observation de luxation du muscle tibial postérieur, comparée à celle des péroniers latéraux et de la longue portion du triceps bracchial.

M. Martins a été lui-même le sujet de cette observation. L'accident lui est arrivé dans une ascension aérostatique que, malgré ses soixante-sept ans, il a faite en compagnie de M. Poitevin fils. Voici comment il en expose le mécanisme : « Lorsque la nacelle frappa le sol, j'étais accroupi ; le contre-coup me projeta en arrière, et, par un mouvement réflexe et tout à fait instinctif, j'étendis le pied comme si je voulais me raccrocher, pour ainsi dire, à ce fond de la nacelle qui me repoussait et me lançait en arrière. J'ai le souvenir très-net que j'étais déjà sur le dos quand je sentis le trait de feu qui me traversa le côté interne de l'articulation. Le jambier postérieur étant un muscle extenseur du pied, et qui tourne le pied en dedans, se contracta avec une force extrême ; j'aurais pu avoir tout aussi bien une rupture du tendon d'Achille, avec une déchirure des muscles jumeaux ou une rupture du plantaire grêle ; explique qui pourra pourquoi c'est le tibial postérieur qui s'est contracté avec le plus d'énergie. En tout cas, cette contraction violente d'un muscle par action réflexe est tout à fait analogue à ces fractures de la rotule ou à ces ruptures du triceps qui ont lieu lorsqu'une personne, ayant le pied engagé sous un tapis, par exemple, et menacée de tomber, contracte instinctivement le triceps de la jambe qui est en l'air.

La luxation fut constatée par MM. Courty, Ollier, Broca et Pozzi. Il existait un gonflement assez fort et douloureux au toucher le long du bord interne du tibia, à partir de son tiers inférieur jusqu'au-dessous de la malléole ; les mouvements de l'articulation étaient libres, mais la station debout et la marche n'étaient pas possibles sans douleur.

Le tendon ayant été remis en place, un appareil silicaté fut appliqué, et M. Martins put revenir par le chemin de fer de Genève à Montpellier. L'appareil silicaté fut renouvelé deux fois ; au bout de trois mois, M. Martins marchait sans douleur et sans canne, tout en boitant un peu ; mais le pied était faible et avait besoin d'être maintenu par un coussin de ouate et de bandes de flanelle.

M. Martins n'ayant trouvé nulle part d'autre exemple de luxation du tendon du tibial postérieur, a recherché les cas qui ont le plus de rapports avec cet accident, à savoir : ceux de déplacement des tendons des péroniers latéraux. Il mentionne des faits rapportés par Monteggia, Robert, Demarquay, Jarjavay et Legouest ; puis, il termine en citant quelques observations de luxation de la longue portion du triceps bracchial, rapportées par Monteggia, William Cowper, Edouard Stanley, John Sodens Sebie, Gondy et Fleury, de Clermont-Ferrand. (*Séance du 6 janvier 1873.*)

Société de chirurgie de Paris. — M. Demarquay présente la brochure de M. Esmarch *sur l'ischémie artificielle dans les opérations*, et communique les applications qu'il en a faites lui-même (V. le travail de M. Marduel).

— M. Giraud Teulon lit deux rapports sur des travaux de M. Gayat (de Lyon). Dans le premier, il s'agit des *analogies* reconnues par l'auteur *entre les taies superficielles de la cornée et les cicatrices cutanées*, au point de vue des prédispositions aux récidives inflammatoires. L'épithélium cornéen altéré offrirait un terrain tout prêt aux phlegmasies, comme le font les cicatrices cutanées. L'analogie histologique déterminerait l'analogie pathologique. C'est ainsi que l'auteur se rend compte de la reproduction des ulcères à vésico-pustules sur des points déjà atteints de la cornée, et qu'il a observée dans quatre observations jointes au mémoire. Ce point de vue paraît logique, mais il faudrait un plus grand nombre d'observations pour en faire une loi.

— Dans le second mémoire, M. Gayat relate les résultats de quatorze expériences *sur la régénération du cristallin* (V. *Lyon Médical*, t. XIII, p. 578, et t. XIV, p. 208-215).

— M. Guéniot relate un fait de *hernie congénitale étranglée chez un enfant de trois mois ;* kélotomie, mort ; une anse d'intestin grêle était restée étranglée dans la portion interne du canal inguinal, après le débridement à l'orifice cutané. M. Marjolin rappelle que les hernies étranglées sont excessivement rares avant le quinzième mois, et dit n'en avoir vu que deux ou trois cas, qu'il a pu réduire. M. Panas observe que, dans la hernie congénitale, il peut y avoir deux étranglements ; c'est la portion rétrécie du canal péritonéal qui est l'agent d'étranglement ; parfois on a réduit l'intestin avec la cause de l'étranglement. Il y a six ans, M. Panas a vu une hernie étranglée chez une petite fille de six mois ; le sac contenait l'ovaire, la trompe et une anse intestinale.

— M. Notta présente un *uréthrotome* fabriqué sur ses indications. C'est une sonde métallique aplatie, contenant une lame qu'on peut faire saillir ; il a fait cinquante opérations avec cet instrument. Il dilate d'abord le canal avec des bougies ; arrivé à 3 millimètres, il les remplace par la sonde Béniqué, dont il continue l'emploi si le rétrétrécissement est dilatable ; sinon il passe l'uréthrotome, et installe à demeure immédiatement après une sonde de 8 à 9 millimètres pendant trois jours, puis continue la dilatation. La durée du traitement est de vingt à trente cinq jours. Les seuls accidents observés ont été une orchite, un abcès pelvien, un accès de fièvre.

— M. Cruveilhier présente les pièces provenant d'un individu *mort à la suite d'une kélotomie* ; étranglement de vingt-quatre heures ; on ouvre une poche contenant de la sérosité et des fausses membranes, ainsi que des gaz ; croyant à une adhérence de l'intestin avec le sac, on débrida et laissa les choses en l'état. Mort quelques jours après. On trouve que l'étranglement n'avait pas été levé et que le sac n'était pas ouvert ; l'intestin était rompu, ce qui explique la présence des gaz ; l'étranglement tenait au

collet du sac. M. Cruveilhier avait ouvert un ancien sac herniaire. (*Séance du 12 novembre*).

— La séance suivante a été presque entièrement remplie par une discussion sur l'*ischémie chirurgicale artificielle*, discussion à laquelle prennent part MM. Verneuil, Guyon, Lannelongue et Chassaignac, ce dernier pour revendiquer la priorité (V. le travail de M. Marduel).

— M. Nicaise communique ensuite une observation de *luxation scapulo-humérale intracoracoïdienne avec fracture du trochiter et névrite du nerf circonflexe*; ces complications furent reconnues à l'autopsie, un mois après la réduction, le malade ayant succombé à un alcoolisme chronique (*Séance du 19 novembre*).

— M. Guéniot lit un rapport sur une observation d'*obstruction intestinale par des fibromes calcifiés de l'ovaire*, observation recueillie dans le service de M. Bouchard par M. de Boyer : Femme de trente-huit ans, entrée avec le ventre ballonné, douloureux, des vomissements porracés, et pas de selles. Tumeurs abdominales comblant les culs-de-sac vaginaux. On diagnostique des fibromes sous-péritonéaux ; mort le jour de l'entrée. A l'autopsie, péritonite, gros intestin distendu, cæcum et rectum aplatis par les tumeurs. Dans l'ovaire gauche, tumeur du volume d'une tête d'adolescent, dure, contenant du liquide en quelques points. Dans l'ovaire droit, tumeur du volume d'un œuf de dinde ; toutes deux adhèrent à l'utérus par un long pédicule, et sont formées par du tissu fibreux calcifié. L'obstruction siégeait au niveau du cæcum et sur le rectum ; la mort a été causée par la péritonite. Les tumeurs, non adhérentes aux parties voisines, auraient pu être refoulées au-dessus du petit bassin.

— M. Krishaber lit un travail *sur le galvanocautère appliqué à la trachéotomie chez l'adulte*. Après avoir rappelé le mémoire de M. Verneuil (avril 1872), l'observation de Voltolini (octobre 1872), les revendications de P. Bruns en faveur de son père et de M. Jaubert en faveur de M. Amussat, le travail de M. Bourdon (*Arch. de méd*, janvier 1873), M. Krishaber vient soumettre à la Société deux faits qui lui sont personnels. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de quarante-cinq ans, ayant la partie supérieure de la trachée et la portion sous-glottique du larynx remplies de végétations. Avec le couteau galvanique chauffé au rouge sombre, section très-lente des tissus couche par couche. Après l'opération, respiration facile par une grosse canule. Quelques heures après, survint une hémorrhagie artérielle abondante, qui s'arrêta spontanément. Suites normales. Le second malade, âgé de soixante-trois ans, avait une tumeur intralaryngée, amenant l'asphyxie. Après une tentative infructueuse pour détruire la tumeur par les voies naturelles, on dut faire la trachéotomie. Quoique l'instrument fût seulement au rouge sombre, et l'opération conduite avec lenteur, il y eut une hémorrhagie arté-

rielle qu'on ne put arrêter qu'en saisissant en masse les parties molles avec une forte pince laissée en place. Le malade allait mourir, on avait perdu du temps à chercher l'artère ; le chirurgien divisa la trachée d'un coup de bistouri et introduisit la canule. Le malade put se lever le lendemain, mais mourut bientôt. La tumeur était cancéreuse.

Ces deux faits sont défavorables à la nouvelle méthode, qui n'a eu aucun avantage sur la méthode ordinaire. La nécessité de la trachéotomie chez l'adulte se présente sous des aspects très-variés ; il faut tenir compte des exigences de chaque cas, et il est impossible d'indiquer une méthode et un procédé opératoire uniques. D'après les faits connus jusqu'ici, le galvanocautère ne donne pas la sécurité des ligatures, et expose aux hémorrhagies secondaires. Il n'est pas prouvé que le couteau galvanique apporte à la trachéotomie une facilité de plus ou un danger de moins.

— M. Trélat présente de la *gutta-percha laminée pure*, remplaçant avantageusement le taffetas gommé comme *enveloppe imperméable*. (*Séance du 26 novembre.*)

Société royale de médecine d'Edimbourg. — MM. les docteurs M. Kendrick et James Dewar lisent un travail sur l'*action physiologique de l'ozone* et montrent un appareil qu'ils ont imaginé à l'effet de produire de l'ozone et de le faire inhaler à des animaux. Au moyen de cet appareil, un courant d'air pendant son passage à travers un tube de verre est fortement électrisé par une machine à induction, de sorte qu'à sa sortie du tube, au moment de son inhalation, il est puissamment chargé d'ozone. Avec cet instrument, les auteurs ont fait un très-grand nombre d'expériences sur des grenouilles, des souris, des oiseaux et des lapins, et voici les conclusions auxquelles ils sont arrivés :

Les inhalations d'une atmosphère fortement chargée d'ozone diminuent le nombre des respirations : les battements du cœur diminuent aussi de force ; cependant on voit battre encore faiblement cet organe après la mort de l'animal, ce qui prouve que ce n'est pas par une action directe sur le cœur que l'organe tue le sujet. Dans toutes les parties du corps, le sang présente les caractères du sang veineux aussi bien lorsque l'animal est mort dans une atmosphère d'air ozonisé que lorsqu'il est mort dans une atmosphère d'oxygène ozonisé. L'ozone exerce une action destructive sur les tissus animaux vivants lorsqu'on le met directement en contact avec eux, mais cette action est moins prompte, s'ils sont protégés par une légère couche de liquide. L'ozone, enfin, a une action irritante sur la muqueuse des narines et des voies aériennes, ainsi que tous les observateurs l'avaient déjà noté.

MM. Kendrick et Dewar attribuent les phénomènes précédents

en grande partie à ce que l'ozone a une densité un peu plus grande que l'acide carbonique ; de sorte que la diffusion des gaz dans les cellules pulmonaires est moins facile, d'où résulte l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang. Peut-être aussi l'ozone a-t-il sur le sang une action particulière ? C'est ce que de nouvelles expériences nous apprendront. (*Séance du 6 décembre 1873.*)

VARIÉTÉS.

UN TABLEAU DU MUSÉE DE LYON.

Le musée de Lyon possède un tableau — n° 186 — du *Guercino* (1), qui représente la cérémonie de la circoncision du Christ, dans un temple, en présence de la sainte Vierge et de saint Joseph. Il y a dans ce tableau différents détails qui ne sont pas exacts au point de vue de la cérémonie et de l'opération. Je vais donc à ce sujet émettre quelques observations empruntées à d'anciens *mémoires pour l'histoire des sciences et des beaux-arts, recueillis par l'ordre de Son Altesse sérénissime le prince souverain des Dombes*. Trévoux, 1704.

Un des auteurs de cette collection de mémoires, Le Pelletier, publie dans le volume précité un travail sur les *erreurs des peintres dans la représentation de la circoncision de Notre-Seigneur*. Il m'a semblé qu'un tableau de notre musée, coupable des erreurs signalées par Le Pelletier, méritait aussi une correction, et qu'il ne serait pas sans intérêt pour notre monde artistiqre, et peut-être même chirurgical, de connaître les erreurs dont le Guerchin a pu se voir accusé. Je vais donc extraire de ce mémoire quelques observations au point de vue de la composition, de la chirurgie et de l'histoire.

Ainsi que je l'ai dit, le peintre, auteur du tableau du musée de Lyon, fait pratiquer la cérémonie de la circoncision dans le temple, en y introduisant saint Joseph et la sainte Vierge, et il y a là une double faute. Le mémoire de Le Pelletier, dont je vais donner une analyse, attaque avec raison l'ignorance des artistes nombreux qui ont commis les mêmes erreurs, n'ayant pas étudié la question historique.

La plupart des peintres, dans la représentation de la circoncision de Jésus-Christ, se trompent sur trois choses : ils placent le lieu de cette opération dans le temple ; ils la font exécuter par le grand-prêtre, et en présence de la sainte Vierge ; ce qui ne s'accorde pas avec les documents historiques. Car, bien que saint Luc rapporte tout simplement que l'enfant fut circoncis huit jours après sa naissance, et qu'il ne dise rien du lieu où

(1) Son véritable nom est *Barbieri* ; *Guercino* signifie louche. Il naquit à Cento, près de Bologne, en 1590, et mourut dans cette ville en 1666.

se fit la cérémonie, ni de l'individu qui en fut le ministre, ni des personnages qui y furent présents, cependant on lit dans plusieurs endroits de l'Ecriture sainte que cette opération pouvait se faire en tous lieux et par toute sorte de personnes. Or, dans une foule d'exemples que l'on pourrait citer, il n'est question ni du temple, ni du grand-prêtre. On peut même convaincre d'absurdité ceux qui représentent la Vierge au sein d'un temple, ainsi que dans le tableau susdit, puisque les femmes ne pouvaient y entrer que le quarantième jour de leurs couches, et que la circoncision devait s'opérer le huitième jour. L'opérateur porte un costume sacerdotal, et l'enfant Jésus est dans une posture réaliste qui porte légèrement atteinte à la pudeur, sans compter que sa figure étourdie et souriante démontre qu'il ne se doute pas de la douloureuse opération qu'il va subir et contraste avec sa nature divine.

Quelques-uns ont pensé que la sainte Vierge avait elle-même circoncis son fils ; d'autres ont cru que saint Joseph aurait pu faire l'opération ; mais ces opinions ont été rejetées par saint Augustin, par saint Epiphane et plusieurs autres Pères, parce qu'il est plus probable que la circoncision devait être l'œuvre de quelque personne publique et expérimentée, en présence des invités à la cérémonie, et que le danger de la non réussite demandait une main habile. Il semble qu'on ait agi de la sorte dans la circoncision de saint Jean-Baptiste, puisque saint Luc rapporte que plusieurs personnes vinrent chez Zacharie pour circoncire son fils. Ce qui peut faire croire que l'enfant Jésus a été circoncis par une personne dont la profession consistait dans la pratique de cette opération, c'est le silence des évangélistes, qui parlent simplement de la circoncision au bout de huit jours ; car si la chose s'était passée autrement, aucun d'eux n'aurait manqué d'en indiquer l'opérateur extraordinaire. Or, la coutume des Juifs, des Mahométans et des autres nations qui pratiquent encore la circoncision, c'est de se servir de personnes spéciales et expérimentées. Il est donc à présumer que la cérémonie s'est accomplie dans la grotte de Bethléem, et les peintres commettent une erreur quand ils la transportent dans un temple, et font du grand-prêtre le ministre de la circoncision.

L'auteur du mémoire que j'analyse s'est probablement trompé lui-même dans les détails sur l'opération, laquelle, suivant lui, n'avait lieu qu'avec des instruments de fer. A l'époque où il écrivait, les études géologiques et préhistoriques n'existaient pas encore, et les âges successifs de la pierre simplement taillée, de la pierre polie, du bronze et du fer, n'avaient pas fourni leurs documents d'investigation aux naturalistes et aux archéologues. C'est en raison de cette ignorance générale que le susdit auteur n'admet pas l'emploi des instruments de pierre dans la circoncision, tandis que les nombreuses découvertes de notre temps ne laissent aucun doute sur la réalité et la possibilité de l'opération au moyen de couteaux de pierre siliceuse. Voici ce qu'il dit dans son mémoire : « Quelques-uns ont pensé que le cou-
« teau dont Jésus-Christ fut circoncis était de pierre, à cause qu'on lit dans
« plusieurs versions de l'Écriture que Séphora, femme de Moyse, et Josué
« s'étaient servis de couteaux de cette matière pour un pareil usage : *Tulit*
« *Sephora acutissimam petram et circumcidit præputium filii sui* (exod. IV.
« 25). *Ait Dominus ad Josue; fac tibi cultros lapideos et circumcide secundò*

« *filios Israel* (Josué, v. 2). Outre qu'on garde à Compiègne un couteau « d'ardoise, que l'on croit le même dont Jésus-Christ fut circoncis ; ce- « pendant il est difficile d'approuver cette opinion, car il est certain que le « fer n'était point une matière inconnue ni rare dans ce temps-là, puisque « nous lisons dans la Genèse que Tubalcain, avant le déluge, fabriquait « déjà toute sorte d'ouvrages de fer : *Fuit malleator et faber in cuncta opera* « *ferri* (Genes. IV, 22). »

Je n'entreprendrai pas une dissertation sur l'époque où vivait Tubalcain, car cela me conduirait trop loin. Quoique des savants, très-fidèles croyants, aient cherché à mettre fin à certaines difficultés, en remplaçant les jours de la Genèse par des époques, une pareille discussion risquerait de devenir scabreuse. Le Pelletier prétend que « *cultros lapideos* devrait être remplacé par *cultros acutos* , « et que s'il est sans apparence que « Séphora et Josué se soient servis de couteaux de pierre pour cette opé- « ration, il est tout à fait incroyable que, quinze cents ans, après on s'en « soit servi pour circoncire Jésus-Christ. » Je répondrai à cela que les traditions se conservent indéfiniment et qu'elles font partie de la religion elle-même. On pourrait à ce sujet fournir un grand nombre d'exemples, et je me contenterai de citer les prêtres de Cybèle, qui subissaient volontairement la castration au moyen d'instruments de pierre ou de poterie brisée, *rupta testa* (Juven. VI. 513), et cette opération se pratiquait encore traditionnellement au temps de Juvénal.

Je vais maintenant accompagner cette courte analyse de quelques observations sur le style du tableau du Guerchin : il manque absolument de sentiment évangélique, et l'auteur n'a pas cherché à imiter ses prédécesseurs de l'école du Pérugin. Il est vrai qu'il leur était bien postérieur, et que déjà Raphaël, disciple du grand artiste de l'Ombrie (1), avait entièrement abandonné la manière de son maître. On peut juger de cet abandon en contemplant deux tableaux de l'amant de la *Fornarina*, exposés dans une salle du Vatican. Ils représentent le même sujet : la Vierge couronnée dans le ciel par le Christ. Le premier de ces tableaux est bien l'œuvre du disciple du Pérugin, qui s'est inspiré de la poésie du christianisme ; dans le second on reconnaît simplement un amant qui couronne sa maîtresse, et l'on pourrait croire que c'est la Fornarina qui reçoit la couronne des mains de son bien-aimé. On comprend que le Guerchin ait suivi l'exemple donné par l'illustre Raphaël, et l'absence du sentiment évangélique, dans l'œuvre dont je parle, n'a plus rien d'étonnant. Au reste, le voisinage des tableaux de Rubens (2) nous montre combien le sentiment religieux s'était modifié chez les peintres de l'époque de la Renaissance, et l'on peut alors trouver toute naturelle la manière du Guerchin, lequel a suivi la mode de son temps. Rien n'est moins empreint du sentiment chrétien que l'adoration des mages de Rubens, et les saints préservant le monde de la colère de Dieu ; mais le premier tableau surtout est cependant remarquable au point de vue de la

(1) Pietro Manucci, dit le Pérugin, né à Pérouse, dans l'Ombrie, en 1446, mort en 1524. — Barbieri, dit le Guerchin, né en 1590, mort en 1666. — Raphael, né en 1483, mort en 1520.

(2) Rubens, né à Cologne en 1577, mort à Anvers en 1640.

composition et de la couleur (1). Notre époque a encore vu quelques artistes se ranger sous le drapeau du sentiment, et parmi eux je citerai notre compatriote Hippolyte Flandrin, qui a su réunir la science contemporaine au style de l'école du Pérugin, et que je considère comme une des gloires de Lyon et même de la France artistique.

Paul SAINT-OLIVE.

Décembre 1873.

NOUVELLES LOCALES ET DIVERSES

Comme nous l'annoncions dans notre dernier numéro, M. le professeur Berne a prononcé son discours de réception à l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Lyon. Sous ce titre modeste : *Quelques pensées sur la vie et sur l'hygiène de l'enfance,* notre éminent confrère a esquissé à grands traits, dans un style élevé, tous les points importants de cette question, si grande et si palpitante d'actualité. En traitant ce sujet, il a cédé, dit-il, à l'entraînement du moment, entraînement bien légitime, puisqu'il s'agit de l'avenir de notre pays, de la santé morale et physique, de l'avenir de nos enfants. Nul n'était mieux placé, d'ailleurs, que le nouvel académicien pour prendre part à ce débat sur l'hygiène de l'enfance ; sur ce terrain, où tant d'auteurs se sont déjà montrés avec leurs brochures ou leurs livres, plaidant la cause de l'enfance et de notre régénération sociale, M. Berne avait bien des raisons — et des meilleures — pour venir exposer à son tour ses idées sur un sujet qui lui est si connu, si familier, dont sa position spéciale lui a si bien permis d'étudier toutes les faces.

Esquisse à grands traits, avons-nous dit, mais esquisse qui met fort bien en relief, à leur place et avec leur valeur propre, tous les points saillants et intéressants de l'hygiène de l'enfance ; tel est le caractère général de ce discours, où l'orateur, après avoir divisé l'enfance en trois périodes (de la naissance à la fin de la première dentition, de celle-ci à sept ans, de sept à quatorze ans), étudie successivement les conditions de la vie de l'enfant à ces diverses périodes et les nécessités, les règles, les lois hygiéniques qui leur correspondent. Nous ne voulons ni ne pouvons le suivre dans tous ces développements ; il nous suffira de signaler les passages qui nous ont le plus frappé.

Pour la première période, appelée par M. Berne *période des suites de naissance et du développement des dents de lait,* il est inutile de dire à nos lecteurs que l'auteur est un partisan convaincu de l'allaitement maternel et un adversaire de l'allaitement artificiel, et il a pu écrire avec raison : « D'une façon aussi affirmative que possible, il n'y a ni force ni santé pour les enfants des grandes villes, s'ils ne sont nourris par la mère, ou allaités par une bonne nourrice » ; et ajouter un peu plus loin que « la mortalité

---

(1) Ces deux tableaux portent les numéros 82 et 83.

de l'enfance est d'autant plus faible dans un pays que l'allaitement maternel y est plus généralement pratiqué. » Etude très-complète de l'allaitement et de ses diverses modes, usage des pesées régulières, données récentes sur les variations de poids des nouveau-nés, examen des questions de sortie au grand air, de maillot, de berceau, des bains, des lotions froides, etc., tels sont les divers points abordés successivement dans cette partie du discours. Signalons en passant quelques lignes contre l'*habitude inintelligemment persistante* de bercer. et quelques préceptes sur le sevrage.

Mais la place va nous manquer pour les deux autres périodes, dont l'hygiène est étudiée à son tour avec soin. Éviter le travail prématuré, favoriser l'exercice au grand air, endurcir l'enfant dans de justes limites ; voilà pour la seconde période. Pour la troisième, nous signalerons seulement les pages où l'auteur demande, pour les enfants d'ouvriers, la diminution des heures de travail corporel, pour les autres la diminution des heures de travail au lycée, pour tous un peu plus de temps pour la récréation et les exercices salutaires du corps. Nous n'avons pu qu'indiquer à peine tous les points intéressants touchés et traités par M. Berne ; c'est à son discours même que nous renvoyons les lecteurs désireux de suivre sur un terrain si actuel un guide si compétent et si autorisé.

— L'exposition de l'*Enfance*, qui avait lieu à Paris, au palais de l'industrie, est terminée. La distribution des récompenses aux exposants a eu lieu lundi dernier 5 janvier. Une médaille d'honneur, en or, a été décernée à notre confrère le docteur Brochard, pour le journal *la Jeune Mère* qu'il vient de fonder à Lyon.

— Nous annonçons avec une bien vive satisfaction que M. le docteur Lortet vient d'être nommé professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Lyon.

— MM. les docteurs Léon Tripier et Lortet viennent d'être nommés membres correspondants de la Société de biologie de Paris.

— M. le docteur Alix. médecin principal à l'hôpital militaire de Lyon, et M. le docteur Alvin ont été nommés membres correspondants de la Société nationale de médecine de Lyon.

— MM. Foltz et Socquet, professeurs à l'Ecole de médecine de Lyon, ont été nommés officiers d'Académie.

— M. le docteur Alvin, médecin consultant aux eaux du Mont-Dore, a été nommé membre correspondant de la Société des sciences médicales de Lyon.

— Un nouvel arrêté, lisons-nous dans la *Décentralisation*, interdit formellement aux dentistes d'inscrire devant leur nom, sur les enseignes placées à leurs portes, les titres de *médecin* et de *chirurgien*, à moins qu'ils ne produisent le diplôme de docteur.

Voilà une extraction.... de titres qui ne se fera pas sans douleur pour certains intéressés !

— Par décret en date du 29 décembre 1873, est confirmée une permutation de chaires à la Faculté de médecine de Montpellier, entre MM. Fuster et Combal, dont le premier est nommé professeur de thérapeutique et de matière médicale ; le second devient professeur de clinique médicale.

— Le premier numéro de la *Revue médicale de l'Est* vient de paraître à Nancy. Nous nous empressons de souhaiter la bienvenue au nouveau journal et de faire des vœux pour sa prospérité. La création de cet important recueil est le corrolaire obligé de l'établissement, dans la capitale de la Lorraine, d'une Faculté de médecine, ou plutôt du transfert de celle de Strasbourg; car, à chaque page on y trouve l'empreinte de cette école à jamais regrettable. Par la compétence de ses rédacteurs, par le choix des articles, par le soin minutieux de l'aménagement, la *Revue médicale de l'Est* est destinée à continuer les saines traditions de l'ancienne *Gazette médicale de Strasbourg*, qui, par l'autorité et le caractère de sa gestion, était devenue l'un des organes les plus accrédités de la presse médicale française.

— Par décret en date du 6 janvier 1874, il est institué à la Faculté de médecine de Montpellier une chaire d'anatomie pathologique et d'histologie.

— La Faculté de médecine et de pharmacie de Nancy a compté pendant l'année scolaire 1872-73 187 élèves en médecine et 52 élèves en pharmacie.

A la rentrée de novembre 1873-74, le chiffre des élèves en médecine a été de 215, et celui des élèves en pharmacie de 50.

— MM. Duplouy (de Rochefort), Cazin (de Boulogne), Mourlon (de Batna) et Faucon (d'Amiens) ont été élus, dans la séance du 7 janvier 1874, membres correspondants nationaux de la Société de chirurgie de Paris.

— Dans la séance du 5 décembre 1873, la Société chimique de Paris a nommé membre non résident M. S. Cotton, pharmacien à Lyon.

— Nous avons signalé à nos lecteurs la spéculation repréhensible qui se faisait depuis quelques années au sujet des diplômes de docteur en médecine de l'Université de Philadelphie (Etats-Unis); cette spéculation va prendre fin. Suivant le *New-York Times*, le tribunal suprême intente un procès à ce singulier institut.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort prématurée de M. le docteur Legros, né à Saint-Chef (Isère), auteur estimé de travaux de physiologie et d'histologie, et qui, étant interne, fut nommé chevalier de la Légion d'honneur pour son dévoûment aux cholériques, traités à l'Hôtel-Dieu. M. Legros avait été nommé, en 1872, professeur agrégé de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, et était un des élèves et des collaborateurs les plus dévoués de M. le professeur Robin.

— Dans la loi portant fixation du budget général de l'exercice 1874, les Facultés figurent dans la dépense pour 4,963,067 francs, et l'Académie de médecine pour 75,500 francs.

— La *Gazette de Saint-Pétersbourg* publie un arrêté imposant la vaccination et la revaccination aux employés des hospices, colléges et établissements pénitenciers de marins et de soldats, afin de propager la pratique de la vaccine. Le même arrêté ordonne l'achat de vaccin à Paris et à Naples, ainsi que l'acquisition de trois génisses inoculées à Paris.

— A la suite de la dernière épidémie cholérique qui s'est produite à Paris, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine a cru devoir prendre diverses mesures destinées à prévenir autant

que possible, ou tout au moins à rendre moins dangereux le retour de ce terrible fléau.

Après une enquête dont les éléments ont été fournis par l'administration municipale, le Conseil aurait été, paraît-il, très-sérieusement frappé des inconvénients et même des dangers que présentent certaines voies ouvertes par de simples particuliers sur leurs immeubles, dans le but d'augmenter la valeur de leurs propriétés.

Souvent, en effet, ces propriétaires, après avoir obtenu de la préfecture de police l'autorisation d'ouverture qu'ils sollicitent, négligent de tenir les engagements qu'ils doivent prendre, notamment en ce qui concerne le pavage, le balayage et le libre écoulement des eaux.

Des foyers d'infection s'établissent ainsi, non-seulement dans les faubourgs de la grande ville, mais jusque dans le centre même de la ville, et viennent ainsi compromettre la santé de tous.

Le Conseil d'hygiène, ému d'un pareil état de choses, a soumis des mesures de répression au gouvernement, et un décret ne tardera pas à être rendu dans ce sens.

— Le tribunal de Baume-les-Dames a condamné Mlle Boillon, institutrice, à 25 francs d'amende et aux frais pour exercice illégal de la pharmacie, et Mlle Paimbœuf, épicière, à 25 fr. d'amende et aux frais pour vente de médicaments.

— Du lundi au vendredi de la semaine dernière, l'atmosphère de la ville de Londres a été chargé de brouillard, de fumée et de boue.

L'énorme superficie de la métropole, qui est de 118 milles carrés, était enveloppée par le brouillard. Des cheminées d'un demi-million de maisons, la fumée, au lieu d'être dispersée par les courants d'air, retombait dans les rues, pénétrait dans les maisons et causait les maladies les plus graves des organes respiratoires.

Le registre des décès donne ce résultat que la mortalité, qui avait été à Londres, pendant la semaine finissant le 6 décembre, de 23 p. 1,000, s'est élevée, dans la semaine suivante, sous l'influence du brouillard, à 27 p. 1,000, et dans la seconde semaine, où le brouillard avait produit tous ses effets, à 38 p. 1,000. Les décès par suite de phthisie et de maladies des organes respiratoires, dans ces trois semaines, ont été de 520, de 764 et de 1,112. Quoique la température fût très-basse pendant ce brouillard, le froid n'a pas contribué à la mortalité, puisqu'elle n'a pas augmenté dans les villes de province où le froid était également vif.

— Nous prenons la statistique suivante, sur la mortalité des gens d'église, dans le *Medical Record of New-York* :

Sur 236 clergymen morts l'an dernier, 7 avaient plus de 90 ans ; 29 étaient entre 80 et 90, 46 entre 70 et 80, 49 entre 60 et 70, 61 entre 50 et 60, 23 entre 40 et 50, 22 entre 30 et 40, et 9 seulement entre 20 et 30. La durée moyenne de la vie d'un homme de Dieu est donc d'environ 61 ans. Le Seigneur protége les siens, on use peu sa vie à son service : *Requiescant in pace !*

MÉTÉOROLOGIE. — MALADIES RÉGNANTES. — DÉCÈS.

DÉC.	THERMOMÈTRE. Minim.	THERMOMÈTRE. Maxim.	BAROMÈTRE 9 h. matin	HYGROMÈTRE.	PLUVIOMÈTRE.	ÉVAPORATION.	VENTS.	ÉTAT DU CIEL.	OZONE.	DÉCÈS.
29	— 0 6	+ 4.9	747	0.78	»	1.1	N.	Beau.	5	21
30	— 3.0	+ 3.0	748	1.0J	»	gel.	—	—	0	17
31	— 2.3	+ 6.3	747	0.85	»	—	S.E.	—	0	19
1	+ 3.0	+ 7.0	750	0.64	1.7	0.9	S.	Couv.	0	35
2	+ 3.0	+ 6 8	755	0.83	0.2	0.4	N.O.	—	13	18
3	+ 1.0	+ 7.1	746	0.71	»	0.3	S.	—	0	20
4	+ 5.2	+ 8.0	744	0.86	0.6	2.3	S.O.	Brouillard	15	22
5	+ 0.4	+ 8 0	750	0.85	0.5	1.6	N.	Beau.	0	27
6	+ 0.2	+ 6.1	754	0.87	»	0.9	—	—	0	20
7	+ 1.6	+ 4.9	753	0.88	»	gel.	N.O.	Couv.	14	24
8	— 3.8	+ 0.5	750	0.94	»	—	S.	Beau.	0	16
9	— 2.0	+ 7.1	749	0.78	»	—	N.E.	—	0	26
10	— 0.8	+ 9.3	749	0.80	0.5	—	N.E.	Couv.	0	14
11	+ 1.3	+ 11.2	748	0.89	»	1.2	N.E.	Beau.	0	27

La constitution médicale persiste avec le même caractère catarrhal, et les localisations continuent à se faire surtout sur la poitrine.

Les bronchites sont encore assez fréquentes ; le nombre de celles qui se capillarisent est toujours assez considérable. Les pneumonies paraissent aussi plus fréquentes ; elles sont toujours très-graves à la Charité chez les vieillards.

Encore quelques congestions cérébrales, surtout chez les gens âgés.

Les fièvres typhoïdes continuent à diminuer de fréquence.

Beaucoup de rougeoles et beaucoup de varicelles aussi. Les varioles persistent dans leur rareté. Quelques diphthéries.

Etat satisfaisant des maternités et des services de chirurgie.

Le bulletin des causes de décès pour Lyon, du 29 décembre 1873 au 11 janvier 1874 (deux semaines), donne les résultats suivants :

Variole, 0 ; — Scarlatine, 0 ; — Rougeole, 1 ; — Fièvres continues, 9 (typhoïde, 6 ; muqueuse, 0 ; catarrhale, 3) ; — Érysipèle, 1 ; — Bronchite aiguë, 10 ; — Pneumonie, 22 ; — Pleurésie, 1 ; — Dyssenterie, 2 ; Diarrhée, 11 ; — Cholérine, 0 ; — Choléra, 0 ; — Angine couenneuse, 1 ; Croup, 4 ; — Affections puerpérales, 0 ; — Affections cérébrales, 56 ; — Maladies du cœur, 17 ; — Phthisie, 45 ; — Catarrhe pulmonaire, 32 ; — Autres maladies aiguës, 34 ; — Autres maladies chroniques, 41 ; — Affections chirurgicales, 15 ; — Causes accidentelles, 4 ; — Total : 306 — Mort-nés, 28.

Le président du Comité de rédaction,
P. DIDAY.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon. — Imp. Aimé Vingtrinier.

L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE LYON ET LE VOLONTARIAT.

La loi du 27 juillet 1872, qui modifie si radicalement le recrutement de l'armée en rendant le service militaire obligatoire pour tous, a jeté dans les habitudes de la jeunesse française une profonde perturbation.

Dans le commerce, où un employé, même très-jeune, a pu déjà rendre de réels services, on le reprend volontiers s'il a fait preuve d'une aptitude exceptionnelle. Pour les grandes administrations de l'Etat, où la durée du stage n'a rien de déterminé, le volontariat d'un an, le seul dont il soit ici question, se fait pendant le surnumérariat et ne trouble aucune fonction. Mais dans les hôpitaux civils de Lyon, les internes ne font pour ainsi dire pas de stage. Admis au concours, après deux années d'études et sans l'obligation de l'externat, ces élèves se trouvent tout naturellement dans la catégorie des jeunes gens de dix-huit à vingt-quatre ans, qui, sous peine de servir cinq ans, doivent remplir l'engagement conditionnel d'un an autorisé par l'article 53. Et si, pour satisfaire à la loi militaire, la pluralité de ces jeunes gens, qui sont non-seulement des aides compétents, mais souvent de vrais collaborateurs, n'écoutaient que leurs convenances et résignaient simultanément leurs fonctions, il s'ensuivrait aussitôt un désordre extrême dans un service de la plus haute importance.

Aussi l'administration des hospices s'est-elle bien vite préoccupée des conditions nouvelles que le service militaire créait pour l'internat. C'est afin de prévenir des désertions multiples ou imprévues et d'empêcher la désorganisation d'un personnel qui ne compte pas moins de cinquante élèves, que le Conseil a rendu l'arrêté suivant, dans le but de réglementer, à nouveau, l'admission au concours de l'internat :

1. A partir de 1876, nul ne sera admis à concourir pour l'internat s'il n'a accompli son *service militaire*,

2. Si, par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, le candidat *n'avait pu* satisfaire à la loi militaire, le Conseil statuera sur sa demande d'admission au concours.

3. En 1874 et en 1875, les internes reçus au concours devront contracter leur engagement volontaire de manière à l'accomplir pendant leur année de suppléance, à moins que leur âge ne leur permette d'obtenir des sursis pour cet engagement, jusqu'après l'achèvement du service complet des quatre ans d'internat; et, dans ce cas, ils devront obtenir l'autorisation du Conseil d'administration des hospices.

4. Les internes suppléants engagés volontaires d'un an seront remplacés dans leur service par les internes provisoires.

5. Les internes provisoires sont les candidats à l'internat classés immédiatement après les internes reçus par les juges du concours. Ils sont nommés pour un an. Pendant le temps où ils font le service d'internes, ils jouissent de tous les avantages de l'internat et sont soumis à tous ses règlements.

6. Les *internes provisoires* déclareront, dans la huitaine qui suivra la clôture du concours, s'ils acceptent l'internat provisoire ; ceux qui l'auront accepté seront, pendant toute l'année, à la disposition de l'administration des hospices, et les infractions aux règlements de l'internat pourront être punies, par le Conseil, de l'exclusion des concours de l'internat.

Cet arrêté, pris par le Conseil des hôpitaux sur la proposition d'un homme familiarisé avec toutes les difficultés de la gestion d'un grand hôpital, le directeur de l'Hôtel-Dieu, avait été préparé en quelque sorte par des avis confidentiels demandés au doyen des médecins, au chirurgien en chef, aux internes et aux externes que la mesure intéressait particulièrement. Ce procédé conciliant, qui consiste à élaborer officieusement une mesure avant de la rendre officielle, nous est très-sympathique. L'entente cordiale, qui a ainsi présidé à une délibération administrative, en rend l'application plus douce et plus facile, et ménage ces transitions brusques qu'une décision inopinée fait paraître dures ou arbitraires.

En lisant avec soin l'arrêté précité, on le trouve, en effet, empreint d'une sollicitude éclairée et bienveillante. Si le premier article, qui exige que tout candidat à l'internat ait préalablement payé sa dette au service militaire, paraît trop absolu, l'arrêté le tempère aussitôt en formulant, dans son second article, que le candidat qui, par des circonstances indépendantes de sa volonté, n'aurait pu satisfaire à la loi, pourra néanmoins présenter une demande d'admission au concours, sur laquelle le Conseil se réserve de statuer, suivant le cas. Ce sera là la règle générale à partir de 1876.

Mais transitoirement, pendant les années 1874 et 1875, par une condescendance louable, l'administration va au-devant des

difficultés passagères que son arrêté pourrait rencontrer. Pour cette période, elle admet que les internes élus pourront accomplir le volontariat pendant leur première année d'internat, qui est une année de suppléance, les dispensant ainsi d'un service actif qui lui est dû, mais qui, par son instabilité même, est moins préjudiciable pour eux.

Bien plus, si leur âge leur permet de reporter par des sursis prévus par la loi l'accomplissement du volontariat à la fin de leur internat, l'Administration est disposée à accorder son autorisation à ce transfert suffisamment justifié.

Pour combler les lacunes que l'absence des internes pourra amener dans le service des hôpitaux, l'arrêté que nous commentons stipule que ces internes seront remplacés temporairement par des internes provisoires, et il règle la situation de ces auxiliaires dans l'internat. Nous n'avons pas à insister sur ce point. Ce que nous tenons à constater, c'est que l'internat provisoire, inauguré, en 1873, à titre d'essai, pourrait bien désormais être conservé définitivement. L'arrêté, en effet, en réglementant les attributions des internes provisoires n'indique pas que leur institution soit temporaire. On peut donc espérer qu'elle sera permanente et qu'elle donnera une importance plus grande encore au concours de l'internat. C'est le vœu de la Société médico-chirurgicale, et nous nous applaudirions de le voir réalisé.

Grâce aux précautions visées par ces sages mesures, les vacances seront probablement peu nombreuses dans l'internat et sans inconvénient notable. Mais ces mesures vont plus loin. Tout en sauvegardant l'intégrité du service hospitalier, elles retiendront dans notre école préparatoire, par la perspective de l'internat, premier objectif sérieux des études, un grand nombre de jeunes gens de toute provenance, qui, malgré le mérite de nos professeurs, auraient bien pu déserter leurs chaires pour l'éclat et l'attrait de l'enseignement supérieur d'une Faculté.

Sans sortir de notre sujet, ne pourrions-nous répondre à une objection qui peut se faire jour dans l'esprit du lecteur à propos de l'arrêté en question ? Cet arrêté, peut-on dire, serait à peu près sans objet s'il était admis que le volontariat peut et doit toujours s'accomplir immédiatement au sortir du lycée. Le volontariat, personne de l'ignore, est encore à l'état d'ébauche. Dans certains régiments, il constitue presque une sinécure où toutes les corvées sont abolies, où toutes les permissions sont accordées

pour rendre la vie de garnison agréable et facile. S'il en était ainsi, de jeunes lycéens pourraient aisément supporter un tel service, où l'oisiveté porterait malheureusement une plus périlleuse atteinte à leur santé et à leurs mœurs que les rigueurs de la discipline. Mais dans d'autres régiments, et c'est le plus grand nombre, on ne fait grâce de rien aux volontaires, on les surcharge pour en tirer la quintessence, pour ainsi dire ; et si la famille ne vient pas en aide au régime par trop sobre que leur offre le gouvernement, la tâche reste disproportionnée avec leurs forces. Pour être un volontaire de cette trempe, il faut être robuste au physique et au moral. Beaucoup de jeunes gens de dix-huit à vingt et un ans sont incapables de supporter de telles fatigues, et, parmi eux, ceux-là surtout dont l'enfance s'est écoulée dans ces maisons d'éducation où, qu'on nous pardonne ce léger rapprochement de mots, il n'y a d'abondant que l'*abondance*.

L'aptitude prématurée au service militaire est si rare que le législateur a fixé à vingt-et-un ans le tirage au sort; et, même à cet âge, combien de conscrits sont inaptes à remplir leurs devoirs militaires. C'est pour parer à cette trop fréquente insuffisance de forces qu'un grand moraliste a conseillé aux jeunes gens de n'accomplir le volontariat qu'à la dernière limite d'âge, c'est-à-dire à vingt-quatre ans, afin d'être vraiment capables de supporter ce métier des armes, où il y a d'abord plus de déboires que de gloire et « plus de servitude que de grandeur. » N'est-ce pas dans cet esprit qu'a été rédigé le troisième article de l'arrêté lyonnais ?

Il était intéressant de savoir comment l'accord si difficile que le Conseil de nos hôpitaux veut établir entre les exigences du service militaire et celles du service hospitalier, avait été obtenu dans d'autres villes. Prié par nous, au nom de la Société médico-chirurgicale, le président de l'administration a bien voulu nous renseigner à ce sujet. La question a été posée immédiatement, et avec une grande obligeance, aux commissions administratives de Bordeaux, de Lille, de Nantes, de Montpellier, de Nancy et à l'administration de l'Assistance publique de Paris. La réponse a suivi de près.

A Nantes et à Bordeaux, la durée de l'internat ne dépassant pas une année dans la première de ces villes et deux ans dans la seconde, les commissions croient qu'il n'y a pas motif à se préoccuper de la loi militaire. A Lille, rien n'a été encore décidé. A Marseille, on a été plus explicite. Un interne ayant voulu purger

son volontariat, la commission lui a accordé un congé et l'a remplacé par un interne provisoire. Elle compte procéder de même toutes les fois que d'autres élèves se trouveront dans le même cas. C'est le système lyonnais sur une petite échelle.

Dans les villes où siégent nos trois Facultés, la réponse a été aussi très-diverse. A Montpellier, où on est quelque peu contemplatif, on ne paraît nullement pressé de mettre le sujet à l'étude. La commission de Nancy affirme que les administrations hospitalières n'ont à se préoccuper, *ni en droit ni en fait*, de cette question toute personnelle, suivant elle, aux élèves en médecine. Nous eussions désiré que les membres de la nouvelle Faculté eussent eu, comme à Strasbourg, voix prépondérante au chapitre ; la réponse eût été sans doute toute autre.

Bien différent est le langage de la direction de l'Assistance publique de Paris. « Pour elle, la loi militaire soulève deux questions principales : d'une part, maintenir le fonctionnement régulier du service médical, et de l'autre, sauvegarder les intérêts scolaires des étudiants. » Comme à Paris on n'arrive, en général, à l'internat qu'à la dernière période des études, l'administration de l'Assistance publique, prévoyant que les engagements conditionnels d'un an se trouveraient surtout parmi les externes, s'est attachée à faciliter à ces élèves le volontariat, en leur accordant un congé d'un an, et en leur conservant, néanmoins, leurs droits obtenus par le concours.

On le voit, la question que nous avons examinée, aussi complétement que possible, intéresse surtout les grands centres hospitaliers, et c'est là que, par la force des choses, elle a trouvé sa vraie solution. Aussi l'administration lyonnaise et l'administration de l'Assistance publique de Paris, confondant dans la même sollicitude, les droits du service hospitalier et les intérêts de la scolarité, ont pris des mesures opportunes qui donneront à la fois satisfaction aux exigences impérieuses de la loi militaire, aux conditions des secours publics à donner aux malades, et aux progrès des fortes études médicales. Ces deux grandes institutions, en établissant des concours, en ouvrant des chaires de clinique, en facilitant de toutes les manières les investigations de la science, ont prouvé, à diverses époques, que la bienfaisance ne s'exerce pas seulement en assistant les pauvres patients de nos hôpitaux, mais aussi en favorisant l'instruction de ceux qui, un jour, sont destinés à les soulager. Et ce ne sont pas elles qui

jamais auraient démenti Desault, répondant à une malade de son service qui lui demandait instamment de ne pas être opérée devant ses élèves : « Ne repoussez pas ces jeunes gens, lui dit-il, si vous voulez que vos enfants ne manquent pas un jour de médecins instruits et dévoués. »

A. LACOUR.

DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES BAINS FROIDS A LYON (JUILLET 1873 — JANVIER 1874).

Par M. Frantz GLÉNARD, interne des hôpitaux.

Le mémoire que j'ai l'honneur de présenter à la Société des sciences médicales peut être regardé comme la seconde partie, le corollaire d'une note insérée dans le *Lyon Médical* du 28 septembre 1873, sous ce titre : *Du traitement spécifique de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand* (*de Stettin*).

Dans mon premier article, — et je dois dire tout d'abord, afin qu'on ne puisse mettre en doute mon interprétation de la méthode, que Brand, auquel je le soumis, n'y a relevé aucune erreur —, dans mon premier article, je fis l'exposé du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, et je montrai, à l'aide d'un schéma clinique, son mode d'application, dont les résultats, à l'hôpital de la Croix-Rousse, avaient été en tout conformes à ceux que l'observation de 93 malades et les précieuses leçons de Brand me donnaient droit d'en attendre.

Pénétré de reconnaissance envers un généreux ennemi, je fus heureux, et vous excuserez ce sentiment, trop naturel pour être ici déplacé, que personne ne m'ait ravi l'honneur d'être le premier à appliquer, faire connaître et apprécier en France les travaux d'un homme qui fut mon bienfaiteur, le bienfaiteur des soldats français, mes compagnons de captivité.

Ces travaux (1), après avoir été critiqués, discutés, contrôlés par plus de cinquante auteurs en Allemagne, sont aujourd'hui vérifiés par les cliniciens les plus célèbres. Il me suffira de dire que

(1) La traduction française de l'ouvrage de Brand paraîtra prochainement sur la deuxième édition allemande, aussitôt qu'elle sera mise en publication.

la méthode Brand est actuellement appliquée, dans le traitement des fièvres typhoïdes, par les Jürgensen, les Ziemssen, Wunderlich, Gehrardt, Stieler, Drasche, Lindwurm, Heyfelder, Riegel, V. Pastau, Stecher, Popper, etc., tant en Prusse, qu'en Autriche, en Russie.

En France, la question est à l'étude ; favorablement accueillie à Lyon, où elle fut tout d'abord importée, grâce à M. le docteur Elie Faivre, mon chef de service, la méthode Brand y parcourut un rapide chemin et rallia à elle de nombreux adhérents ; de là, elle passa à Paris, où elle est en ce moment préconisée par un de nos premiers cliniciens (1). On ne peut plus douter que bientôt elle ne prenne, dans la thérapeutique de la fièvre typhoïde en France, le rang qui lui est dû, le premier rang.

Mais, si nous n'avons pas d'opposition formelle, systématique à combattre, il y a du moins encore bien des hésitations, des réticences à faire disparaître ; or, comme, pendant ce temps, les fièvres typhoïdes meurent, il est du devoir des médecins convaincus d'amasser leurs preuves, de faire connaître leurs éléments de conviction.

§ I.

Une telle tâche, celle de me présenter devant vous comme champion d'une méthode nouvelle m'eût effrayé il y a quatre mois, alors que j'étais seul l'avocat de cette cause ; aujourd'hui j'ai moins d'appréhension, car je suis sûr de l'appui de médecins d'une autorité et d'une compétence indiscutables ; j'en suis sûr, parce qu'ils ont traité eux-mêmes des fièvres typhoïdes par la méthode de Brand, et cette condition me suffit : ils sont par ce fait et *doivent être* convaincus.

C'est, en effet, le privilége de cette méthode, si opposée aux errements actuels, que le simple fait de l'avoir appliquée imprime au médecin une conviction plus inébranlable que ne pourraient le faire les plus belles statistique, les meilleurs arguments. Il y a là malheureusement un cercle vicieux : pour être convaincu, il faut

(1) *Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids*, par M. le professeur Béhier (extrait d'une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu, le 26 novembre 1873). *Bulletin général de thérapeutique*, 15 janvier 1874.

avoir vu ; pour voir, pour instituer ce courageux traitement, il faut être convaincu.

Il faut être convaincu, en effet, pour plonger dans un bain un typhique baigné de sueur, ou bien en proie à une pneumonie, ou rhumatisant ; une femme gravide, ou au moment de la menstruation, etc., il faut être convaincu que ces cas ne constituent point autant de contre-indications.

Je le prouverai par des faits. Mais auparavant, il me paraît utile de revenir sur quelques points qui, pour avoir été incomplètement élucidés dans ma première note, ont attiré à la méthode des critiques et des objections que je veux réfuter.

Vous connaissez la *méthode*. Son point de départ réside dans une analyse rigoureuse, une juste appréciation des symptômes typhiques, des indications thérapeutiques (1). C'est ainsi que Brand, rejetant sur l'excès prolongé de la température fébrile tous les désordres graves, toutes les causes de terminaison de la fièvre typhoïde, a démontré,—et la division suivante est justifiée par les effets de la réfrigération (2)—, qu'on peut grouper, d'un côté, les symptômes nécessaires et primitifs, les manifestations propres au poison typhique : pyrexie, élévation de la température, catarrhe bronchique, hypertrophie de la rate (3), roséole et érup-

(1) Ces indications sont les suivantes :

1° Neutraliser le poison typhique, limiter la dyscrasie du sang ;

2° Eliminer le poison et les produits de la métamorphose régressive des tissus ;

3° Abaisser la température et modérer l'activité circulatoire ;

4° Maintenir la résistance vitale ;

5° Alléger les symptômes menaçants ;

6° Prévenir et combattre les complications. (*Murchison, a treatise on the continued fevers of Great Britain.* London, 1865.)

Quelle étonnante mixture pourrait être à la fois excitante, antipyrétique, dérivative et tonique ?

(2) Les symptômes de l'insolation, les désordres graves causés par l'exposition expérimentale des animaux à une haute température ont la plus grande analogie avec certains symptômes typhiques. (Liebermeister, Vallin, Obernier). Les hautes températures paraissent également exercer une influence décisive sur la production des accès pernicieux dans les pays chauds (thèse du docteur Lejollec, médecin de la marine. Paris, 1873).

Cet ordre d'arguments, sur lesquels je ne puis insister, a été développé avec un grand talent par M. le docteur Soulier, dans une récente communication à la Société de médecine (séance du 19 janvier 1874).

(3) Mosler a démontré, en expérimentant sur des chiens, que

tions diverses, manifestations qui, sauf l'excès de température, sont toujours bénignes, et qu'on ne peut ni prévenir, ni juguler par l'eau froide ; de l'autre côté, les symptômes contingents et consécutifs, symptômes inhérents à l'hyperthermogénèse : symptômes du côté du cerveau ou du système nerveux : délire, somnolence, coma, typhomanie ; affections graves du tissu pulmonaire : atélectasie, hypostase, pneumonie, gangrène, processus ulcératifs; lésions du tube digestif : fuliginosités, dysphagie, dyspepsie, catarrhe intestinal, diarrhée, météorisme, ulcérations et leurs conséquences, hémorrhagies, perforation ; les lésions que Zenker a rencontrées dans les muscles striés, que Liebermeister a étudiées dans le foie, la rate, le rein, le cœur ; la tendance au collapsus, l'hémophilie, les eschares, etc., etc., symptômes qui constituent à eux seuls toute la gravité de la fièvre typhoïde et qu'on ne rencontre jamais avec le traitement par l'eau froide.

Or, le danger de l'élévation de température, et c'est là une seconde et capitale conquête de Brand, ne réside point dans le fait même de cette élévation, mais dans celui-ci, qu'elle se maintient à ce niveau pernicieux. La température même de 42° n'est pas mortelle si elle retombe bientôt à 39°; elle l'est, au contraire, si elle persiste plus longtemps et à la même hauteur, et cette persistance présente le même danger entre 39 et 40° qu'entre 40 et 41° (1).

L'indication est donc formelle : il faut combattre l'excès de température pendant tout le cours de la maladie, c'est-à-dire *prévenir les exacerbations, maintenir les rémissions* (2).

l'eau froide avait pour constante propriété de diminuer la rate et de chagriner sa surface, que le contact du froid agisse directement ou par l'intermédiaire des parois abdominales (*Archives* de Virchow, t. LVII, fasc. 1). L'hypertrophie de la rate, sur laquelle les bains froids n'ont pas d'action, est donc bien le fait du poison typhique et non de l'excès de température.

(1) On sait que chez les vieillards la fièvre typhoïde peut se terminer par la mort sans que la température ait atteint 40° ; sans qu'elle les ait dépassés, chez les adultes alcooliques ou anémiés.

(6) Exacerbations et rémissions *des symptômes ;* car bien que la ligne d'ensemble de la courbe thermique soit descendante, transposée de 1 à 2° plus bas, on n'en observe pas moins une augmentation des températures vespérales sur les matinales, c'est même ce qui prouve la virtualité de la fièvre ; mais comme le traitement ne permet jamais à une température d'exacerbation de persister plus d'une heure de suite au maximum, l'appareil symptomatique reste muet.

Brand y répond par sa méthode, démontre que l'eau froide a *toujours et partout*, dans les cas graves comme dans les cas légers, le même effet contre l'élévation de température, et prouve, en guérissant ses malades, que, si le poison typhique est insaisissable, il est du moins toujours le même, et qu'on peut toujours limiter ses effets et le rendre absolument bénin.

Comme application, Brand, après avoir, pendant une pratique de près de vingt ans, expérimenté l'action réfrigérante de l'eau, en variant à l'infini le mode d'administration, est arrivé à formuler le grand bain froid, qui jamais n'a été dans ses mains suivi d'accident et a toujours eu, au contraire, une influence favorable. Sa longue expérience (1) devrait servir à prévenir de nouveaux tâtonnements, si préjudiciables non-seulement aux malades, mais encore au précieux agent que des insuccès feraient très-rapidement délaisser (2).

Cette efficacité des bains est surtout sensible par la rapidité avec laquelle les symptômes nerveux, ataxiques de la fièvre typhoïde disparaissent sous leur influence, reparaissent dès qu'ils sont suspendus. Ces phénomènes, inconnus avant l'œuvre de Brand, lui ont suggéré, par leur analogie indéniable avec ce qu'on

(1) Brand m'écrivait dernièrement avoir administré déjà lui-même plus de cent mille bains. Ce chiffre n'a rien d'exceptionnel, si l'on calcule que les 15 malades que j'ai eus dans mon service, à la salle Saint-Pothin, ont pris entre eux tous un peu plus de 1,600 bains.

(2) En tout cas, il me paraît bon, pour l'avenir de la méthode et l'instruction des statisticiens de rappeler ici le passage suivant du remarquable article de M. le docteur Faivre : « Pour juger un mode de traitement, il faut le suivre dans sa rigueur, *n'y rien ajouter*, *n'y rien retrancher*; en un mot, comparer des faits comparables, sinon on a bien le droit de juger sa propre méthode et non celle d'autrui. » *(Du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids (méthode de Brand). (Lyon Médical* du 4 janvier 1874.)

Au reste, les éléments de comparaison, entre les divers modes de traitement de la fièvre par le froid, existent en France. Je parlerai des lotions et compresses froides à l'occasion de l'obs. XLIX. L'emploi des vessies de glace y sera discuté. Quant aux bains frais ou tièdes (au plus 3 bains de 25 à 30° en vingt-quatre heures), système purement empirique, vraie hydriâtrie priessnitzienne, tels que les employait Récamier, par instinct médical, et, de son aveu, sans base rationnelle bien assise, je ne puis mieux faire, pour les étudier et les juger en dernier ressort, que de signaler une thèse sur la méthode dite de Schützenberger : *quatre* (!) cas, dont 1 mort, bien que pris au début. *(De la médication réfrigérante dans le traitement de la fièvre typhoïde*, par le docteur Fournié. Thèse de Paris, 1872, n° 404.)

observe dans les processus de fermentation, la théorie que j'ai développée.

Cette théorie n'est qu'une simple HYPOTHÈSE ; mais elle doit être conservée tant qu'on ne l'aura pas détruite expérimentalement, tant qu'on n'en présentera pas une meilleure, surtout à ce point de vue qu'elle montre du doigt, pour ainsi dire, le chemin qu'il faut suivre pour guérir une fièvre typhoïde par l'eau froide.

C'est d'abord, comme je l'ai démontré, d'employer le traitement DÈS LE DÉBUT ; car il est certain que la réfrigération méthodique est plus efficace à prévenir les lésions menaçantes pour la vie qu'à les combattre lorsque leur générateur, l'excès de température, a causé déjà la dissolution du sang ou compromis des organes importants. Par ces termes, *dès le début*, on doit comprendre dès le moment où le diagnostic de la fièvre typhoïde peut être porté avec assurance, ou bien aussitôt qu'on est appelé près d'un typhique, et je veux dire par là qu'on ne doit pas perdre un temps précieux à l'emploi de médicaments, pour ne recourir aux bains froids qu'en cas d'urgence.

Du reste, il n'y a nul inconvénient à traiter de cette manière les *états fébriles* qui ont de l'analogie avec la fièvre typhoïde ; leur évolution est, en effet, plus rapide avec ce traitement qu'avec l'emploi des médicaments. Seulement, il faut bien se garder de croire que, dans ces circonstances, on a jugulé un iléotyphus J'ai observé, à la salle Saint-Pothin, cinq cas de ces pyrexies à allures typhoïdes (*typhulus, febris typhoïdes* des Allemands ; *fièvre muqueuse, gastrique nerveuse*, etc.) (1), qui ont guéri après huit ou dix bains, et je n'ai pas hésité un seul instant à les éliminer de ma statistique, bien que l'appareil symptomatique à l'entrée du malade eût plaidé à peu de chose près en faveur de la typhisation (2).

Il est vrai qu'on est ainsi exposé à plonger dans le bain une *tuberculose miliaire* ; le plus grave inconvénient de cette faute de diagnostic résiderait, à mon avis, dans le discrédit qu'une erreur pourrait jeter sur l'emploi des bains froids ; car, pour le

(1) Pour les Allemands, toutes ces formes rentrent dans la fièvre typhoïde, qu'ils réduisent à deux types : forme grave, forme légère.

(2) Dans les observations sur lesquelles j'édifie ma statistique, il n'est pas un seul malade qui ait pris moins de 40 bains, pas un seul qui n'ait présenté pendant les cinq premiers jours du traitement, au minimum, une température avant le bain oscillant autour de 40°.

malade, s'il est typhique, il guérira presque (?) à coup sûr; s'il est tuberculeux, il est fatalement condamné quoi qu'on puisse faire, et, d'un autre côté, il est reconnu que le bain froid ne précipite en aucune façon l'issue léthale. En tous cas, l'erreur ne peut être de longue durée, et je trouve dans l'ouvrage de Brand un parallèle intéressant entre l'action des bains froids dans la tuberculose miliaire et dans la fièvre typhoïde, parallèle qui, au besoin, fournirait rapidement, par le défaut d'action des bains dans le premier cas, des éléments de diagnostic presque positifs (1).

Mais ce qui serait surtout important, ce qui rallierait en un instant tout le corps médical à la méthode, ce serait l'existence d'éléments précis de diagnostic entre une fièvre typhoïde bénigne et une grave, entre celle qui doit se terminer par la guérison et celle qui se terminera par la mort.

Car c'est là le point faible, le point attaquable du traitement par la réfrigération qui, de son principe, doit être *exclusif*.

On dit avec raison : pourquoi infliger ce traitement *barbare* à 100 malades quand 80 d'entre eux auraient guéri sans l'eau froide? (je ne parle plus de ceux qui ajoutent : ou malgré l'eau froide)

Brand sait parfaitement, comme tout médecin, que la mortalité dans la fièvre typhoïde ne dépasse pas une moyenne de 18 à 25 pour 100. Mais c'est dire que, sur 100 cas, il y en a en moyenne 21,5 en face desquels le médecin est complètement, absolument désarmé, impuissant. Or, n'est-ce pas un devoir, dans le sens strict du mot, de soumettre 100 malades au froid, quand on est sûr, par ce procédé général, d'en sauver 21,5? Et les chiffres ont leur éloquence, si l'on calcule avec Murchison qu'en Angleterre, pendant ces vingt dernières années, la fièvre typhoïde a causé 250,000 victimes, qu'elle en cause, dit Brand, 10 à 12,000 par an en Allemagne, et que, sur les 60,000 cas rassemblés par Jaccoud, avec une mortalité de 18 pour 100, il y a eu 10,800 morts. Quand la méthode n'en eût sauvé que 100, n'est-on pas coupable de la repousser?

Le véritable argument à invoquer contre l'objection d'*exclusivisme* est qu'on ne peut pas, dans l'état actuel de nos connaissances, prévoir l'issue d'une fièvre typhoïde. Qui ne sait, en effet, qu'une fièvre typhoïde d'apparence bénigne peut tout à coup

(1) *Die hydrotherapie des typhus*, p. 127.

prendre la marche la plus funeste ? Il est alors trop tard.

M. le docteur Tripier a bien voulu, à ce propos, me citer les trois cas suivants qu'il observa dans son service à l'Hôtel-Dieu, l'hiver dernier : l'un était un *typhus ambulatorius*, qui se mit au lit pour mourir deux jours après d'une perforation intestinale ; le second présenta sur l'abdomen, dans le cours de sa maladie, cette éruption confluente de taches ombrées que l'on sait être un signe de bon augure ; pour le troisième, le pronostic fut presque sûrement favorable pendant les deux premiers septénaires ; or, ces deux malades moururent aussi (1).

« Dans le traitement médicamenteux, dit Brand, l'ordonnance se règle sur les symptômes, ou, en d'autres termes, la fièvre typhoïde marche de l'avant et le médecin la suit pas à pas dans la lutte. C'est précisément le contraire avec l'hydrothérapie, qui dompte les symptômes alarmants, les prévient, en un mot, montre à la fièvre typhoïde la voie qu'elle doit suivre ; il en résulte qu'on la saisit au moment de sa plus grande intensité et qu'on l'empêche, pendant toute son évolution, de revenir à cette intensité première. En fait, c'est parfaitement réel puisque, grâce à ce traitement, la fièvre typhoïde rétrocède peu à peu, tandis que, suivant sa marche habituelle, elle n'eût commencé ce mouvement de retraite qu'après avoir atteint son apogée (2). »

C'est pour ces motifs que Brand soumet toutes les fièvres typhoïdes sans exception à un même traitement, qui peut, dans beaucoup de cas, n'être pas nécessaire, mais est toujours utile.

« Si la forme est légère, dit ailleurs Brand, tant mieux, elle guérira plus vite ; si elle est grave, elle guérira sûrement aussi, pourvu qu'elle soit traitée dès le début.

« Si le traitement est appliqué plus tard, il y a lieu de distinguer deux catégories : dans la première rentrent les cas qui sont soumis à l'eau froide parce que la forme est devenue grave et que les médicaments se sont montrés dûment inefficaces ; dans la deuxième, les cas graves dans lesquels est survenue une funeste complication.

« Or, dans la première catégorie, le plus grand nombre guéri-

(1) C'est à ces trois exemples, si frappants pour la thèse que je soutiens, que les fièvres typhoïdes doivent d'être traitées aujourd'hui à l'Hôtel-Dieu par la méthode de Brand.

(2) *Die Heilung des Typhus*. Brand, 1868, p. 82.



ront ; dans la seconde, il arrivera çà et là de rendre à la vie un de ces cas que tout faisait supposer devoir être fatalement mortels (1). »

Ces distinctions, que j'emprunte à Brand, seront encore longtemps justifiées ; car, malheureusement, l'opinion générale ne veut voir dans l'hydrothérapie que l'ultime ressource de la thérapeutique contre la fièvre typhoïde, et même il n'est pas rare qu'on recoure à ce traitement chez un moribond ; or, contre la mort, la méthode Brand n'a pas plus d'efficacité que n'importe quel médicament. C'est là néanmoins que les adversaires de la méthode ont beau jeu : ils n'admettent pas de statistique dans laquelle tout ne soit englobé, et, quand la statistique est faite suivant leurs vues, ils n'admettent pas les réserves, même les plus justifiées ; ils n'écoutent pas le récit des cas de mort, et c'est à peine s'ils tolèrent qu'on retranche des insuccès ceux qui sont le fait d'erreurs de diagnostic.

Mais je reviens aux objections ; celles-ci sont les moins importantes, les moins sérieuses, et je n'aurai que quelques mots à en dire : on argue, en effet, contre nous de la *difficulté d'application*, de la *barbarie* de la méthode.

Pour les *hôpitaux civils*, — car je ne parle pas des hôpitaux militaires où tout est simple, — la première question est jugée depuis longtemps par le fonctionnement régulier de la méthode Brand dans la clinique des médecins allemands que j'ai cités plus haut. A l'Hôtel-Dieu de Lyon, dès le mois d'octobre dernier, l'administration hospitalière, sur l'initiative de M. le docteur Raymond Tripier, et d'après l'avis favorable des chefs de service, installait, en vue de faciliter l'application de la méthode Brand, deux salles de concentration des fièvres typhoïdes, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes. Les 11 cas traités jusqu'à ce jour ont donné 11 guérisons ; c'est tout dire. A l'hôpital de la Croix-Rousse, les 13 cas traités depuis les miens ont donné 13 guérisons.

Je n'insiste donc pas.

Dans la *clientèle civile*, on persiste à dire, de parti pris et sans réflexion, que l'application de la méthode est de toute impossibilité, absolument comme si la question de l'agrément devait

(1) *Zur Hydrotherapie des Typhus*, Bericht ueber in St-Petersburg, Stettin, Luxembourg, hydriatisch behandelte Fælle. Brand, Stettin, 1863.

primer celle de vie ou de mort. Dans de pareilles conditions, il n'y a pas à lutter; aussi me contenterai-je d'examiner brièvement plus tard à ce point de vue les 17 cas, c'est-à-dire les 17 guérisons obtenues à Lyon par la méthode Brand, dans la clientèle particulière.

Enfin, lorsque, à tout bien considérer, on convient que la méthode est praticable, on met en avant sa *barbarie* comme une nouvelle fin de non-recevoir. C'est là, à mon sens, le résultat d'une sensibilité exagérée ou tout au moins irréfléchie de la part du médecin; le traitement serait-il réellement barbare (et on verra qu'il ne l'est pas), faut-il donc compter pour rien l'inflexibilité du pronostic, la rapidité de la convalescence (trois à douze jours au lieu de trente à quarante), l'absence d'eschares, d'infirmités consécutives de l'intelligence ou des sens, la suppression de toute sollicitude, aussi bien chez la famille que chez le médecin? Le médecin, qui connaît le traitement, sait à quoi s'en tenir; la famille, qui voit dès le troisième jour son malade se lever pour aller au bain, demander à manger, se servir lui-même, changer ses compresses, etc., dormir avec calme, en un mot, recouvrer l'apparence de la santé la plus vraie, la famille juge par elle-même, et le pronostic s'impose, pour ainsi dire, à l'expérience du premier, au bon sens de la seconde.

Mais y eût-il véritable barbarie, est-ce bien là un obstacle qui doive arrêter le médecin, quand il sait que son malade peut être un des 20 pour 100 qu'il est absolument, formellement impuissant à sauver?

Ainsi donc, mettre en balance la vie du malade et le traitement régulier par l'eau froide; réserver son pronostic dans un cas, affirmer la guérison dans l'autre : devant un raisonnement pareil, toutes les barrières tomberont. C'est, du reste, quoi qu'on dise, fort rarement et seulement auprès des familles peu éclairées que le médecin aura lieu de lutter. Brand a édifié sa méthode, si parfaite, si complète, uniquement sur l'observation dans la clientèle particulière.

Mais, pour parler avec autorité à une famille, il faut que le médecin soit convaincu, et je me retrouve ici à mon point de départ. Il est donc temps de répondre à l'incrédulité par des faits. J'insisterai seulement sur les plus importants, sur les observations qui me paraissent le plus instructives, le plus fer-

tiles en déductions, et tout ce qui cadrera avec mon schéma sera sommairement exécuté.

(*La suite au prochain numéro.*)

DES DANGERS DE L'EMPLOI DE L'ALCOOL MÉTHYLIQUE DANS L'INDUSTRIE ;

Par M. le docteur Achille Dron, chirurgien en chef de l'Antiquaille.

L'impôt sur l'alcool a été de tout temps très-élevé et l'est actuellement plus que jamais en raison des nécessités financières où se trouve notre pays. Ainsi un hectolitre d'alcool de betterave, qui vaut environ 80 francs, paye à Lyon 210 fr. 25 c. de droits au Trésor ou à la ville (1). Cependant le *trois-six* est indispensable à certaines de nos industries, qui ne pourraient soutenir la concurrence avec les produits étrangers si elles étaient obligées de payer ces droits. Aussi notre administration financière a-t-elle exonéré l'alcool employé par l'industrie de la plus grande partie de l'impôt. Mais pour que cet alcool ne pût pas être détourné de l'emploi industriel et livré à la consommation, elle a exigé qu'il fût *dénaturé*, c'est-à-dire mélangé à certaines substances qui, par leur saveur et leur odeur désagréables, leurs propriétés malfaisantes, rendissent cette fraude impossible. Cette dénaturation a été cherchée autrefois par l'addition d'essence de térébenthine, de benzine. Mais on peut débarrasser l'alcool de ces substances et le livrer ensuite à d'autres usages. Ainsi, en affaiblissant l'alcool avec de l'eau on fait remonter à sa surface les huiles essentielles, qu'on recueille par les moyens appropriés.

Le comité des arts et manufactures, chargé par la loi du 2 août 1872 de déterminer pour chaque branche d'industrie les conditions dans lesquelles la dénaturation de l'alcool doit être

(1) Ce impôt se divise ainsi :

Droit de consommation.........	125 fr.
25 °/. pour décimes............	31,25
Droit d'entrée	24
25 °/. pour décimes	6
Droit d'octroi..................	24
Total :	210,25

opérée, a indiqué une substance dont l'odeur pénétrante en décèle l'addition et qui, se mélangeant intimement avec le trois-six, ne peut pas en être séparé : c'est l'alcool méthylique, désigné dans le commerce sous le nom de méthylène.

L'alcool méthylique, appelé aussi esprit de bois, hydrate de méthyle, se trouve dans les produits de la distillation du bois. Rectifié et tel qu'il est fourni par le commerce pour la dénaturation, il se présente sous forme d'un liquide très-fluide, incolore, d'une saveur âcre, d'une odeur particulière à la fois alcoolique et aromatique d'ailleurs fort désagréable, brûlant avec une flamme semblable à celle de l'esprit de vin, mais plus pâle. Celui qui est employé pour la dénaturation du trois-six marque 95 degrés en moyenne.

Dans l'espoir qu'une rectification plus complète enlèverait à l'alcool méthylique ses propriétés malfaisantes, on l'a poussée jusqu'à 98 degrés. Mais ce produit ainsi rectifié a donné lieu aux mêmes accidents. Du reste on arrive difficilement à ces degrés élevés, et le plus souvent le commerce livre un esprit de bois marquant seulement 92 degrés (2).

C'est cet alcool méthylique que, depuis le mois de juillet 1873, on mélange au trois-six employé dans l'industrie pour le dénaturer. Avec cette addition celui-ci est exonéré de près des 4/5 de l'impôt et ne paye plus que 45 francs de droit par hectolitre (3). Le mélange se fait dans la proportion de 11 litres d'alcool méthylique pour un hectolitre de trois-six. On y ajoute aussi 5/100 de benzine ou d'essence de térébenthine.

Dès que la dénaturation du trois-six a été faite avec l'alcool

(2) Des travaux tout récents (*Bulletin de la Société chimique*, tome XIX, 5 janvier 1874, M. Vincent) viennent de démontrer que l'alcool méthylique n'est que de l'alcool ordinaire mélangé de substances qui en altèrent le goût et l'odeur. Ce sont ces substances, méthylamines (ammoniaques composées), aldéhyde, qui ont sur la santé des ouvriers une influence délétère. Mais je n'ai dans cette étude qu'à m'occuper de l'alcool méthylique tel qu'il est livré par le commerce à l'administration des contributions indirectes pour la dénaturation du trois-six.

(3) Cet impôt se divise ainsi :

Droit de dénaturation	30 fr.
25 °/. pour décimes	7,50
Droit d'octroi	7,50
Total :	45

méthylique les ouvriers qui l'emploient ont éprouvé les accidents que je vais étudier. Mais auparavant je dois entrer dans quelques détails sur les travaux exécutés par les ouvriers chez lesquels je les ai observés.

J'ai vu ces accidents dans deux sortes d'industries : apprêt de chapeaux de feutre et apprêt d'étoffes de soie.

Dans la première industrie le feutre mou est imprégné d'une solution de gomme laque dissoute dans le trois-six additionné d'alcool méthylique. La solution pénètre dans le tissu par l'action de presses mues à main d'hommes. Les chapeaux sont portés ensuite dans une étuve où ils restent jusqu'à dessication. Puis ils sont remis à d'autres ouvriers, qui les lavent avec ce même trois-six dénaturé, afin d'enlever la couche la plus superficielle de l'apprêt et de dégager les poils, opération nécessaire pour la teinture du chapeau, qui a lieu ensuite. Ces différentes manipulations : dissolution de la gomme laque, imbibition du feutre, pression et lotion après dessication, ont lieu dans un vaste atelier largement ventilé. La dessication a lieu dans une étuve où les ouvriers ne séjournent que le temps nécessaire pour apporter et emporter les chapeaux. Les ouvriers de cet atelier étaient au nombre de quinze ; le plus âgé avaitquarante-six ans, le plus jeune vingt-sept. Quelques-uns y étaient employés depuis huit ans, les plus nouveaux depuis trois ans. Ils avaient tous une bonne constitution; leur santé était excellente avant d'être exposés aux émanations de l'alcool méthylique.

Dans la seconde industrie, l'apprêt d'étoffes de soie, il s'agissait d'un nouveau procédé pour donner de la cohésion aux tissus de soie, qui tendent à se désagréger par suite de la quantité de teinture dont ils sont chargés. L'apprêteur distingué qui se livre à ces recherches, trempait l'étoffe dans une solution de stéarate d'ammoniaque faite dans du trois-six qui, depuis le mois de juillet 1873, dut être additionné règlementairement d'un neuvième d'alcool méthylique. L'étoffe s'enroulait ensuite autour d'un gros cylindre de cuivre, chauffé intérieurement par la vapeur, et sur lequel elle se séchait. Deux ouvriers étaient chargés de surveiller cet enroulement ; ils étaient, par conséquent, exposés aux émanations de la solution, et ce qu'ils avaient supporté sans inconvénient pendant longtemps devint pour eux intolérable dès que le trois-six fut dénaturé par l'alcool méthylique. Il fallut suspendre ce nouveau procédé d'apprêt des étoffes de soie.

Quels sont donc les accidents dus aux émanations de l'alcool méthylique ? Ils me paraissent devoir être divisés en deux catégories :

1° Action directe sur les muqueuses exposées aux émanations de cet alcool ;

2° Action sur le système nerveux et par suite sur l'organisme tout entier.

1° *Action directe des émanations de l'alcool méthylique sur les muqueuses qui y sont exposées.*

La conjonctive oculaire est la première et la plus sérieusement atteinte. Elle devient rouge, injectée. Les malades acusent d'abord une sensation de sable dans les yeux. La sécrétion des larmes est activée, et elles coulent sur les joues. Les *picotements* du début de la journée sont peu à peu remplacés par de véritables douleurs, de la photophobie, et les ouvriers sont obligés d'interrompre leur travail.

Quand ils sortent de l'atmosphère chaude de l'atelier, l'air plus vif de la rue augmente encore les phénomènes douloureux et les force à se cacher les yeux. Aussi, en voyant ces hommes les yeux rouges, baignés de larmes, abrités par leur mouchoir ou leur main, sortir tête baissée de l'usine, les passants les ont parfois arrêtés pour leur demander si quelque désastre venait d'y avoir lieu.

On conçoit que dans de pareilles conditions oculaires le travail à la lumière artificielle est impossible. Autrefois les ouvriers travaillaient au gaz dans l'atelier ; maintenant ils ne peuvent le soir supporter même le modeste éclairage de leur ménage ; ils sont forcés de lui tourner le dos. Les douleurs oculaires sont si vives chez quelques-uns que même la lampe éteinte, elles les privent de sommeil et les forcent à se lever pour tâcher, par l'agitation, d'oublier leur souffrance.

Tous les ouvriers exposés aux émanations de l'alcool méthylique se plaignent de son action irritante sur la conjonctive ; tous aussi accusent la même action sur la pituitaire. Un coryza intense en est la suite, et si cette affection est moins grave que la première, elle ne laisse pas que d'être fort désagréable par la sécrétion incessante et la gêne de la respiration qu'elle occasionne.

La muqueuse du pharynx et des bronches a été aussi fâcheuse-

ment influencée chez un certain nombre d'ouvriers (5 sur 10). Au mois d'août et de septembre, ils ont été affectés d'une toux opiniâtre. Enfin quelques-uns, en petit nombre (3 sur 10), ont déclaré que depuis l'addition de l'alcool méthylique au trois six qu'ils emploient, ils ont éprouvé des troubles dans la digestion, de l'anorexie, des nausées et des vomissements, malaises auxquels ils n'étaient pas sujets auparavant.

2° *Action sur le système nerveux.*

Tous les ouvriers placés dans les conditions susdites m'ont accusé une céphalalgie violente. Dans la moitié des cas cette céphalalgie restait frontale et pouvait être seulement la conséquence du coryza, des conjonctivites. Mais les autres ouvriers, indépendamment de la douleur du front, se sont plaints de souffrir les uns dans la région occipitale, les autres dans la région temporale, d'autres tout le tour de la tête. Ils m'ont signalé des étourdissements, une sensation de pesanteur, de striction dans la région crânienne. Ces phénomènes étaient souvent plus marqués le soir et pendant la nuit.

Trois ouvriers sur dix m'ont affirmé que depuis qu'ils étaient exposés aux émanations de l'alcool méthylique ils éprouvaient une faiblesse musculaire inusitée. L'un d'eux m'a avoué une frigidité génésique qui l'étonnait. Un autre était en proie à une agitation qui le privait de sommeil et le forçait à se lever la nuit.

Enfin quelques-uns m'ont dit que l'acuité de leur vue s'affaiblissait, et cela indépendamment de leur conjonctivite. Ainsi, à la Toussaint les ateliers ont été fermés pendant deux jours ; au bout de ce temps de repos les symptômes d'inflammation de la conjonctive s'étaient amendés, et cependant ces ouvriers ne pouvaient plus lire facilement une impression en caractères assez fins qu'ils lisaient parfaitement quelques mois auparavant.

Parmi ces symptômes morbides il y en a donc qui se trouvent chez tous les ouvriers : la conjonctivite, le coryza, la céphalalgie frontale, d'autres qui n'ont été remarqués que chez un plus ou moins grand nombre. C'est que, indépendamment des idiosyncrasies qui rendent tel individu plus susceptible qu'un autre, la division du travail dans l'atelier est telle que les ouvriers ne sont pas exposés également aux émanations dangereuses. Elles atteignent plus l'ouvrier qui apprête le fond du chapeau que celui qui

n'apprête que les bords, ceux qui lavent avec le trois-six dénaturé les chapeaux desséchés que ceux qui manœuvrent les presses.

Ces accidents peuvent-ils être attribués à une autre cause qu'à l'action de l'alcool méthylique? Non, car c'est seulement depuis son addition au trois-six qu'ils se sont manifestés. Auparavant, soit qu'on employât le trois-six pur, soit qu'on le dénaturât avec la benzine ou l'essence de térébenthine, aucun symptôme morbide de cette nature ne s'était montré. Les nouveaux venus dans l'atelier éprouvaient bien les premiers jours une certaine excitation alcoolique; mais ils s'y habituaient bien vite et ne se sont jamais plaints de rien de semblable à ce que je rapporte. Un vieux contre-maître, qui depuis vingt-cinq ans est dans la partie, n'a jamais vu dans l'emploi du trois-six sans addition d'alcool méthylique rien d'analogue à ce qu'il observe aujourd'hui.

Ces accidents dus à l'alcool méthylique sont-ils les seuls qu'on ait à redouter? Peut-être que non. J'ai déjà signalé des troubles nerveux et musculaires. Un médecin de Saint-Etienne, le Dr Bergeret, m'écrit qu'il a observé chez les ébénistes qui se servent de vernis où entre cet alcool des contractions tétaniques des doigts inconnues avant l'emploi de l'esprit de bois. On peut donc craindre qu'une atteinte profonde ne soit portée à la longue dans la santé des ouvriers qui travaillent au milieu des émanations de l'alcool méthylique, atteinte semblable à ces empoisonnements lents qu'on remarque dans la manipulation de certaines substances, telles que la ceruse et le mercure, ou dans l'ingestion de quelques boissons, l'absinthe par exemple.

Mes observations ont rappelé quelques faits analogues qui les confirment, entre autres le suivant, qui m'a été communiqué par M Ferrand, pharmacien à Lyon.

Des fabricants de vernis pour la peinture avaient, il y a quelques années, remplacé dans leurs manipulations l'alcool ordinaire par l'alcool méthylique, qui, quoique d'un prix plus élevé (145 fr. l'hectolitre), étant exempt du tout droit, leur permettait de réaliser une notable économie. La première application de leurs produits eut lieu dans la loge du concierge d'une maison confortable et comme le propriétaire tenait à installer le plus tôt possible son portier, quatre peintres-plâtriers durent travailler la nuit, portes closes et poêle allumé. Mais bientôt, dans ce milieu où les émanations de l'alcool méthylique étaient d'autant plus intenses qu'il y avait peu de ventilation et que la température était plus élevée,

les ouvriers furent atteints des accidents que j'ai signalés. Leurs yeux devinrent douloureux ; la conjonctive s'injecta, se tuméfia ; le coryza, la céphalalgie apparurent. Enfin la souffrance devint telle qu'ils furent obligés d'interrompre leurs travaux et que dès que le jour parut ils se firent admettre à l'Hôtel-Dieu, où il fallut huit jours pour les guérir.

L'alcool méthylique fut immédiatement abandonné dans la fabrication des produits destinés à la peinture. Actuellement il n'entre plus que pour un neuvième par hectolitre dans l'alcool ordinaire employé par cette industrie. Les préparations assez complexes des couleurs, des vernis, en diminuant encore la proportion d'alcool méthylique, font que les peintres qui travaillent toujours dans des locaux largement ventilés, ne sont que faiblement exposés à ses émanations. Cependant ils se plaignent souvent de *picotements* aux yeux, causés par de légères conjonctivites qui en sont le résultat.

Dans la fabrication de l'alcool méthylique les accidents sont moins intenses que dans les industries que j'ai citées, parce que les ouvriers n'étant pas sans cesse penchés sur ce liquide, sont en contact moins immédiat avec ses émanations. Les appareils sont disposés de façon à laisser le moins d'évaporation possible ; l'usine est parfaitement aérée. Quelques conjonctivites se produisent néanmoins ; mais alors l'ouvrier est employé à d'autres travaux jusqu'à ce que tout trouble oculaire ait disparu.

Mais dans les ateliers pour apprêt de chapeaux de feutre et d'étoffes de soie, les accidents dus aux émanations de l'alcool méthylique ont acquis la gravité que j'ai indiquée. Aussi les ouvriers et les patrons, les uns pour leur santé, les autres pour leur industrie, sont-ils fort inquiets de la mesure qu'a prise le comité des arts et manufactures. Les premiers commencent à déserter l'atelier. Cinq sur quinze ont quitté l'usine d'apprêt de chapellerie. Les dix autres ne sont restés que parce qu'on leur a dit qu'on faisait des démarches pour arriver à l'emploi d'un autre mode de dénaturation du trois-six. Eux qui travaillaient autrefois pendant onze heures, quittent l'atelier au bout de six à sept heures, et l'état de leurs yeux, à ce moment, écarte toute pensée de les retenir. Le propriétaire de l'usine est menacé d'une ruine complète, car ses ateliers de teinture, où il emploie 40 ouvriers, ne sont alimentés que par les chapeaux préparés dans l'atelier d'apprêt.

Quant à l'apprêteur d'étoffes de soie, il a dû renoncer à exploiter le procédé qu'il avait inventé et qui donnait d'excellents résultats au point de vue de la conservation des tissus.

Le remède à cet état de choses ne paraît être que dans la prohibition de l'alcool méthylique comme agent de dénaturation. Une ventilation plus exagérée de l'atelier n'amènerait qu'une évaporation plus grande de l'alcool, perte sensible pour l'industriel sans bénéfice pour la santé des ouvriers. L'expérience l'a prouvé dans cette même usine : il y a plusieurs années, dans un but économique, on avait essayé de mélanger au trois-six, toujours très-cher à cause des droits, de l'alcool méthylique qui n'en paye aucun. On mettait 30 litres de cet alcool dans 1,300 litres de trois-six. Les ouvriers, non avertis de ce mélange, éprouvèrent les accidents signalés aujourd'hui. Sur ces entrefaites l'usine brûla, et l'apprêt des chapeaux dut se faire pendant quelque temps en plein air. Les phénomènes morbides n'en continuèrent pas moins, et il fallut bientôt renoncer à cette économie nuisible pour la santé des ouvriers.

Le travail sous une hotte, comme dans les manipulations dangereuses de laboratoire, outre qu'il serait dispendieux pour l'industriel en raison de la trop grande évaporation des alcools et gênant pour les ouvriers, n'empêcherait que faiblement le contact des émanations délétères sur les muqueuses et leur absorption. Il n'y a vraiment qu'une chose à faire, c'est de remplacer l'alcool méthylique dans la dénaturation des trois-six par une autre substance inoffensive.

DE L'ACTION DE LA SUEUR SUR QUELQUES SELS MÉTALLIQUES, CONSIDÉRATIONS SUR LE RÔLE DE LA SUEUR ET DES GLANDES SUDORIPARES ;

Par le docteur P. AUBERT.

Fin. — (Voir le dernier numéro.)

Les empreintes sudorales nous ont servi à rechercher dans la sueur quelques-unes des substances que ce liquide peut éliminer ; mais plusieurs y sont en proportion trop faible pour qu'il y ait avantage à se servir d'empreintes précises. Il est préférable

d'imprégner simplement avec la sueur des feuilles de papier sur lesquelles on essaye ensuite l'action des réactifs. Un papier chimiquement pur, tel que le papier de Berzelius, doit seul être employé pour ces recherches délicates. Si l'action de la chaleur est utile pour opérer les réactions, nous nous servons soit d'un fer à repasser, soit d'une bouteille remplie d'eau chaude.

L'extension très-large des réactions sur le papier, spécialement pour la sueur, mais aussi pour les autres liquides de l'organisme, nous paraît appelée, d'après l'expérience que nous en avons déjà, à rendre de grands services dans les analyses cliniques, auxquelles il suffit souvent d'être qualitatives.

Aujourd'hui, laissant de côté les applications à la pathologie, nous aborderons l'étude de quelques questions théoriques de physiologie cutanée, en choisissant parmi ces questions celles où les variations individuelles et les causes accessoires ont le moins de part et qui présentent, dès lors, un intérêt plus général.

Théorie de la transpiration insensible. — Avant la découverte des glandes sudoripares, par Breschet et Roussel de Vauzème, et la description plus exacte de ces glandes qui fut bientôt après donnée par Gurlt, on admettait que l'issue de la sueur était le résultat non d'une sécrétion, mais d'une exhalation, et que celle-ci avait pour point de départ les vaisseaux exhalants et pour voies de passage soit la continuité de l'épiderme, soit de petits orifices auxquels on donnait le nom de pores de la peau. La découverte de l'appareil sudoripare permit de localiser le siége du phénomène et de rattacher à une véritable sécrétion l'émission de la sueur. Cependant, on pensait encore que si la sueur proprement dite a bien son origine dans les glandes sudoripares et constitue une véritable sécrétion, l'issue imperceptible de vapeur d'eau que les anciens appelaient transpiration insensible s'opérait par la continuité de l'épiderme et n'était qu'une exhalation.

Sappey, dans la première édition de son anatomie, s'attacha à démontrer que transpiration insensible et sueur sont le résultat d'une seule et unique fonction exécutée par un seul et même appareil.

Nos recherches viennent apporter un appui expérimental à la théorie émise par Sappey, théorie qui, du reste, n'est guère contestée aujourd'hui, et qui a reçu l'assentiment de tous les physiologistes.

Dès nos premières recherches, nous avions constaté ce fait : que, pour obtenir l'empreinte des glandes sudoripares, il n'était nullement nécessaire que la peau fût en transpiration et se couvrît rapidement de gouttes de sueur. La main, même dans les conditions habituelles et alors qu'elle paraît sèche, donne les empreintes pointillées précédemment décrites. Il y a déjà là une preuve enregistrée et indiscutable que les glandes sudoripares sont le siége d'une exhalation réelle, alors qu'elles paraissent ne rien sécréter, et que, par conséquent, il est légitime de leur attribuer la transpiration insensible. Mais, à côté de la transpiration insensible glandulaire n'en existerait-il pas une autre se faisant par la continuité de l'épiderme et qui, consistant en une simple exhalation de vapeur d'eau, et non en l'issue d'un liquide chargé de sels, serait incapable d'impressionner les nitrates d'argent et de mercure? Il faut donner à cette question une réponse négative. M. Merget a eu l'obligeance de nous préparer des feuilles imprégnées d'un mélange de la liqueur de Poitevin, employée en photographie, et de chlorure de palladium, sel qui, dans ces conditions, se réduit immédiatement sous l'influence de l'eau, soit à l'état liquide, soit à l'état de vapeur. Or, sur ce papier, en prenant la précaution de bien laver, puis de bien essuyer et sécher préalablement la main et de maintenir par la pression une adaptation exacte, on obtient des empreintes pointillées tout à fait analogues aux précédentes dans tous les points où le contact de la main a existé. Elles en diffèrent dans les parties correspondantes aux espaces interdigitaux et à la périphérie des doigts, par l'existence d'une teinte noire qui va en se dégradant, teinte qui correspond à la buée que l'on obtient en appliquant la main sur un miroir, et qui est due sur le papier à l'action de la sueur émise par les glandes sudoripares qui ne le touchent pas immédiatement. Le papier au chlorure de palladium est tellement sensible à l'humidité qu'il faut le conserver dans une cantine renfermant de la chaux en poudre ou du chlorure de calcium; si donc il sortait à la surface de l'épiderme de l'eau à l'état liquide ou de vapeur par d'autres points que par les glandes sudoripares, on n'obtiendrait pas exclusivement l'empreinte de celles-ci.

Les empreintes obtenues, en révélant à l'aide des vapeurs d'iode la trace invisible laissée par l'application de la main récemment lavée avec une feuille de papier, donnent un résultat analogue, mais moins constant, parce que la réaction n'est pas aussi

sensible, et démontrent, comme les précédentes, quoique avec moins de netteté, que la transpiration insensible se fait par les glandes sudoripares et qu'il n'existe pas en dehors de ces glandes d'exhalation appréciable à la surface de l'épiderme.

Théorie de la moiteur.

A quoi est due cette sensation indéfinissable d'humidité et de souplesse que donne le contact de la peau d'une personne en bonne santé, et que l'on désigne sous le nom de moiteur. Nous proposons de cet état la théorie suivante : la moiteur n'est pas due seulement à l'issue et à l'évaporation incessante de la sueur, mais aussi à la présence du résidu laissé par celle-ci. Ce résidu, en même temps qu'il est très-légèrement graisseux, est surtout déliquescent et alcalin. Par sa déliquescence, il retient l'humidité et prévient un desséchement trop complet ; par son alcalinité, il entretient un état savonneux et souple de la surface épidermique. Ces propriétés avaient déjà été signalées par Favre dans son *Mémoire*, justement célèbre et resté classique. Cet auteur, après avoir traité par l'alcool le produit sirupeux résultant de l'évaporation de la sueur et fait évaporer ensuite l'alcool, note l'extrême déliquescence du résidu et la signale comme ayant nécessité des précautions spéciales pour ses pesées. Favre, comme on le sait, avait opéré sur le résidu de plusieurs litres de sueur. C'est là peut-être ce qui a empêché de tirer de cette partie de ses recherches les conclusions qui en découlent naturellement. On pouvait se demander si la très-faible quantité de résidu laissée en chaque point de la surface cutanée par la vaporisation de la sueur était suffisante pour produire quelque effet appréciable et pour jouer un rôle utile. Nos expériences, en démontrant que ce résidu s'accumule en proportion suffisante pour donner des réactions sensibles, nous permettent de lui attribuer l'importance qu'il mérite. Le résidu provenant du traitement alcoolique de la sueur est exclusivement composé de lactates et de sudorates alcalins, ce résidu est très-déliquescent ; c'est donc à ces sels et de plus au chlorure de sodium qu'il faut attribuer dans le résidu sudoral la propriété d'attirer et de retenir l'humidité.

Si l'on applique la main alors qu'elle n'a pas été récemment lavée sur une feuille sèche de papier blanc, et qu'on expose ensuite cette feuille aux vapeurs d'iode, on voit l'iode se fixer

seulement sur les parties qui ont été touchées par la main et révéler sur le papier une image de celle-ci, dont rien, sinon une trace un peu sale, à peine visible, ne faisait avant l'action de l'iode soupçonner l'existence. Cette empreinte est composée de raies incurvées, correspondant aux crêtes papillaires et tout à fait semblables à celles qu'on obtient dans les mêmes conditions sur les nitrates d'argent et de mercure. On peut laisser sécher à l'air libre pendant plusieurs heures la feuille qui a subi le contact de la main, avant de l'exposer aux vapeurs iodées, et l'on obtient encore le même résultat ; ce qui prouve bien que ce n'est point à l'humidité actuellement sécrétée, mais à celle que retient le résidu qu'il convient d'attribuer l'empreinte obtenue.

Quelle théorie faut-il donner de cette fixation de l'iode sur les points touchés par la main? Existe-t-il quelque affinité de l'iode pour les sels laissés à la surface du papier? Faut-il admettre simplement que l'iode vient se condenser et se fixer là où il trouve certaines conditions d'humidité, comme il vient se fixer, par exemple, sur des caractères invisibles tracés avec de l'eau sur une feuille de papier? Cette dernière hypothèse est la seule admissible. En effet, si l'on plonge rapidement la feuille impressionnée par la main dans un bain formé par une solution aqueuse d'iode à peine teintée, la feuille tout entière se colore en bleu, et non plus seulement les points que la main a touchés. Si, d'autre part, on fait sécher la feuille dans une étuve et qu'on l'expose alors aux vapeurs d'iode, on voit que l'iode ne se fixe nulle part ou se fixe à peine et ne reproduit plus l'empreinte de la main. Or, dans ces deux cas, le résidu de la sueur est resté sur le papier, et l'iode ne s'y est pas fixé plus qu'ailleurs dans la première expérience, ou ne s'y est pas fixé du tout dans la seconde. Donc l'iode n'a pas d'affinité particulière pour le résidu. La seule explication plausible de ces faits est que, dans le premier cas, la feuille, également mouillée dans tous ses points, s'est dans tous imprégnée d'iode, et que, dans le second, uniformément desséchée, partout, elle a opposé à la fixation de l'iode une résistance uniforme. On peut varier, du reste, ces expériences, tremper, par exemple, dans l'eau la feuille impressionnée par la main avant de l'exposer à l'iode, exposer à l'air humide cette feuille préalablement séchée à l'étuve, et l'on obtient toujours des résultats semblables à ceux que nous venons d'indiquer.

De ces expériences, nous pouvons donc conclure que le résidu

laissé par la sueur à la surface de la peau y fixe et y retient l'humidité. Une nouvelle preuve à l'appui de la théorie que nous exposons et qui attribue à l'humidité, fixée par les sels de la sueur et non à ces sels eux-mêmes, la révélation de l'empreinte par l'iode, c'est que l'application de la main sur une feuille de papier faiblement iodée laisse une empreinte blanche. Les sels de la sueur décolorent l'iode en s'emparant de lui et en le transformant en iodure de potassium et de sodium ; il faut donc, pour que les empreintes colorées se forment, que l'humidité retenue par les sels sudoraux fixe une quantité d'iode assez forte pour suffire à la fois à la transformation partielle qui s'opère et à la coloration de l'empreinte.

Le résidu de la sueur est donc déliquescent, il est de plus alcalin. Favre dit : J'ai remarqué que la sueur perdait dès les premières gouttes vaporisées sa réaction acide, qui faisait place à une réaction fortement alcaline. Cette alcalinité se démontre également dans nos expériences ; l'empreinte noire, laissée par la main non lavée sur le papier au protonitrate de mercure, l'empreinte blanche, laissée par elle sur une feuille de papier bleuie par l'eau iodée en sont la preuve. Les papiers de curcuma et de tournesol sont moins sensibles que les réactifs précédents et ne donnent que des résultats médiocres et sans netteté.

Or, tout le monde sait par l'expérience des bains sulfureux (qui sont alcalins), des bains alcalins proprement dits, et des savons, que les alcalins assouplissent l'épiderme et produisent, comme le disait Bichat, un tact onctueux et glissant. Cette double propriété du résidu de la sueur présente donc une utilité immédiate pour le bon entretien de la surface épidermique au point de vue de l'une des fonctions les plus importantes de la peau.

Ce n'est que la surface de l'épiderme, sa couche furpuracée et poreuse qui est ainsi imprégnée, mais cela suffit. Nous avons assez souvent éprouvé, dans nos recherches, combien les taches superficielles produites soit par le nitrate d'argent, soit par le nitrate de mercure, nuisent à la finesse des perceptions pour apprécier et affirmer l'importance des conditions physiques de la surface.

Nous sommes ainsi amenés à conclure qu'à l'inverse de l'urine qui, dès son issue du rein, n'a plus aucun rôle utile ; la sueur, à sa sortie des conduits sudoripares, et même après sa vaporisation, ayant encore un rôle à jouer, une fonction à remplir, est

plus qu'un liquide purement excrémentitiel, puisque sa fonction survit à son excrétion.

La sécheresse de la peau dans les maladies fébriles nous paraît tenir à des causes multiples; non seulement la sueur est émise en quantité plus faible, mais il est probable qu'elle est moins chargée de sels déliquescents et que le chlorure de sodium en particulier, supprimé ou diminué dans l'alimentation l'est en même temps dans la sueur, comme il l'est dans l'urine.

L'utilité des sels tempérants (sels alcalins à acides organiques) pourrait être examinée à ce point de vue, qui servirait peut-être à compléter la théorie de leur action.

Ces considérations nous font concevoir l'utilité possible de créer dans les états fébriles une moiteur artificielle en employant, pour les lavages à l'éponge ou les bains, de l'eau additionnée d'une certaine proportion de sels déliquescents.

Les glandes sudoripares doivent être considérées comme un appareil sécréteur annexé à l'organe du tact.

La fonction la plus apparente et la plus nettement déterminée des glandes sudoripares est de sécréter la sueur; le nom imposé à ces glandes est l'expression même de cette fonction. Une analyse plus exacte du phénomène et de son but a conduit à voir dans l'émission de la sueur un double rôle : rôle dépuratoire par l'élimination de divers résidus de combustion organique, rôle d'équilibration de température par le fait de l'évaporation à la surface du corps d'une proportion variable de liquide. Mais là ne se bornent pas les usages de la sueur.

Les considérations dont le développement a fait l'objet du paragraphe précédent nous ont permis d'établir que la sueur et son résidu contribuent à l'entretien de la souplesse épidermique. Or, cette souplesse est indispensable pour que les contacts extérieurs soient exactement transmis aux organes nerveux spéciaux et fidèlement perçus par eux. Nous pouvons donc dès à présent affirmer que la sueur et l'appareil sudoripare servent au sens du toucher d'une manière indirecte au même titre, par exemple, que les glandes lacrymales servent à la fonction oculaire. Cette façon d'envisager le rôle des glandes sudoripares permet de grouper autour d'une vue théorique et d'éclairer les uns par les autres plusieurs faits qu'il serait difficile de coordonner et d'interpréter autrement :

1° *Inégalité du nombre des glandes sudoripares dans les diverses régions.* — Plusieurs auteurs, Leuwenhœck, puis Eichorn, et plus récemment Krause et Sappey, ont cherché par des méthodes diverses à apprécier le nombre des orifices par lesquels la sueur est versée à la surface de la peau; nos empreintes fournissent un moyen d'exploration très-simple pour les recherches de ce genre. Sappey met surtout en relief ce fait que là où l'épiderme est épais, les glandes sudoripares sont beaucoup plus nombreuses que là où il est mince. Dans le premier cas (paume de la main et plante du pied), on trouve de 370 à 470 orifices par centimètre carré, et, dans le second, avec des variations assez fortes, selon la région, 104 à 136 orifices pour le même espace. Krause a précisé un peu plus le nombre pour chaque région et donne les chiffres suivants, qui doivent être rapportés au pouce carré : cou, dos et fesses, 407; joues, 548; surface interne des membres supérieur et inférieur, 566; surface externe de l'avant-bras, 1,093; surface externe, 1,123; thorax et abdomen, 1,136; partie antérieure du crâne, 1,258; dos de la main, 1,490; paume de la main, 2,736; plante des pieds, 2,685.

Pour rendre les résultats de Sappey comparables à ceux de Krause, il faut ne pas oublier que le pouce a 27 millimètres, et que l'on doit multiplier, par conséquent, par le carré de ce nombre les chiffres de Sappey ou diviser par le même carré ceux de Krause. En faisant ce calcul, on voit que les résultats obtenus par ces deux observateurs ne diffèrent pas trop dans leur ensemble. Sappey estime à un peu plus de 2,000,000 le nombre total, que Krause porte à 2,381,000.

La simple comparaison de ces chiffres fait ressortir l'énorme augmentation du nombre des glandes sudoripares à la paume de la main et à la plante du pied; or, ces régions sont le siége essentiel du tact attentif qui constitue le toucher. Pour la main, il est inutile d'insister; mais, au pied comme à la main, plus qu'à la main peut-être, le tact est un perpétuel exercice pour apprécier les variations incessantes de relief et de résistance de la surface du sol.

La nécessité d'un épiderme épais au pied et à la main se conçoit très-clairement; mais, pour que cette épaisseur ne soit pas un obstacle à la finesse des perceptions, elle devait s'allier des conditions spéciales d'humidité et de souplesse. Cette considé-

ration nous fait concevoir l'utilité dans ces régions d'un nombre aussi considérable de glandes sudoripares.

La sécrétion glandulaire, soit par elle-même, soit par son résidu, entretient la mollesse de la surface, et les milliers de trajets dont l'épiderme est criblé contribuent à en assouplir la continuité et l'épaisseur.

2° *Inégalité de l'activité secrétoire des glandes sudoripares dans les diverses régions.* — Nos recherches sur ce point ne sont pas encore complètes et la saison se prête mal à leur continuation; il résulte cependant pour nous, d'après l'interrogation d'un grand nombre de personnes et l'exploration de quelques-unes, que les points du corps où l'activité sécrétoire est généralement le plus considérable sont : les pieds, les mains et la tête, c'est-à-dire les extrémités. Y a-t-il quelque rapport entre ces faits et la situation profonde des glandes qui, dans ces régions, sont toujours sous-jacentes au derme? Peut-on invoquer certaines conditions de pression plus forte dans les arcs vasculaires des extrémités et admettre avec le docteur Willis que l'action des glandes sudoripares est de soustraire de l'eau à la circulation périphérique. Nous ne possédons point les éléments nécessaires pour discuter utilement ces questions, et nous voulons simplement attirer l'attention sur l'inégalité sécrétoire des glandes sudoripares dans les divers points de la face palmaire de la main. Nous avons recueilli ces empreintes par centaines, et toujours nous avons constaté que les parties les plus nettement imprimées répondaient au bout des doigts aux bourrelets situés entre la ligne de flexion des doigts et l'origine de ceux-ci et aux éminences thénar et hypothénar. Deux hypothèses se présentent à l'esprit pour expliquer ces faits : la première est que la trace de la main s'accentue plus fortement au niveau des saillies, qui se trouvent nécessairement en contact plus intime avec le papier; la seconde est que les divers points de la main sont doués d'une activité sécrétoire différente.

Ces deux causes interviennent, la première surtout, mais il faut également admettre l'influence de la seconde.

Nous avons fait de nombreuses expériences pour juger la question; ces expériences ont surtout consisté à placer une couche de papier mou, épaisse de 15 à 20 centimètres, au-dessous de la feuille impressionnable; dans ces conditions, lorsque la main est de plus chargée de 15 à 20 kilogrammes, le contact existe sur

toute la surface. On peut s'en assurer en pressant l'empreinte de la main enduite d'une couche très-légère de pommade au vermillon, et l'on obtient alors une empreinte totale, dans laquelle la partie la plus creuse de la main et le point d'insertion des doigts seuls font quelquefois défaut ou restent incomplets Or, dans ces conditions, on observe encore l'inégalité sécrétoire. Les résultats sont plus nets avec un temps de pose très-court, parce que les points sudoraux qui sécrètent le plus s'impriment les premiers, la trace des autres restant en retard. On peut constater, en expérimentant ainsi que la surface de la phalangette a, dans un temps donné, sécrété beaucoup plus que les surfaces de la phalange et de la phalangine, qui, souvent, ne donnent aucune empreinte. Pour la paume de la main, les différences sont bien moins accentuées, même contestables, et ce n'est guère que sur les tracés rapidement recueillis que l'on peut constater que les bourrelets correspondant à la continuation des espaces interdigitaux et les éminences thénar et hypothénar sécrètent un peu plus que les régions voisines. Il est à peine utile de rappeler que le bout des doigts est le siége essentiel du toucher, et que là surtout le résidu sudoral, incessamment enlevé par les frottements, avait besoin d'être renouvelé.

3° *Persistance de la sécrétion de la sueur et de son issue malgré la pression.* — Le contact des objets dans l'exercice du toucher ne peut se faire sans qu'une pression, quelquefois assez forte, s'exerce à la surface de la peau ; cette pression n'empêche nullement la sécrétion de la sueur de se continuer. Nous avons souvent expérimenté, soit en chargeant la main de poids de 20, 30 ou 40 kilogrammes, soit en appliquant avec force la pulpe des doigts, et cela sans que les empreintes des glandes aient cessé de se produire ; le pointillé acquiert même une netteté plus grande lorsque la pression exercée par les poids est un peu forte, parce que l'immobilité de la pose et l'adaptation plus exacte de la main empêchent la sueur de se diffuser sur le papier. En d'autres points de la surface du corps, il nous est souvent arrivé, alors même que la sudation était un peu excitée, de ne pouvoir recueillir aucune empreinte, ce que nous avons attribué soit à la mobilité de la peau sur les parties sous-jacentes, soit à la disposition plus rectiligne du conduit sécréteur. Ces deux conditions peuvent faciliter l'incurvation angulaire du conduit et créer un obstacle momentané à l'issue de la sueur. A la main et au pied, au contraire,

le canal, dès qu'il entre dans l'épiderme, s'enroule en spirale et ne vient s'ouvrir à la surface qu'après avoir décrit dix à vingt tours de spire. On s'explique que cette disposition, qui a peut-être aussi d'autres usages, permette lors de la pression, aux tours de spire de se rapprocher sans que le conduit soit exposé à une déviation angulaire et à une occlusion momentanée.

4° *Rapports anatomiques des glandes sudoripares avec les papilles.* — Dans les régions palmaire et plantaire, les conduits excréteurs traversent les crêtes constituées par une double rangée de papilles et viennent s'ouvrir sur le petit plateau inégal qui constitue la surface de ces crêtes. Aucun d'eux ne débouche dans les sillons intermédiaires aux crêtes. Dans ces régions donc, il y a un rapport intime entre le trajet et l'ouverture des conduits sudoripares et la distribution des papilles. Ce rapport est-il sans raison d'être et ne vient-il pas, au contraire, donner un appui aux considérations émises précédemment et en accentuer la signification. Sur le reste du corps, les éléments papillaires et les organes sudoraux paraissent épars ; mais il est probable qu'une étude histologique dirigée dans ce sens permettrait d'établir que les mêmes rapports de contiguïté existent entre ces deux séries d'organes sur toute la surface cutanée.

5° *La sueur est sécrétée acide et son résidu est alcalin.* — Il n'est pas étonnant, alors que les physiologistes discutent encore sur la cause de l'acidité de l'urine et du suc gastrique, qu'on ne soit pas complètement fixé sur les agents qui donnent à la sueur sa réaction acide. Ces agents sont volatils, puisque la sueur devient promptement alcaline par l'évaporation ; les plus importants d'entre eux paraissent être l'acide carbonique et quelques acides gras.

En nous plaçant à un autre point de vue que celui de leur nature, nous pouvons nous demander quelle est la raison d'être de leur présence dans la sueur. Cette présence se rattache certainement à un rôle dépurateur, puisque ces acides, et l'acide carbonique en particulier, sont des produits de combustion organique qui doivent être rejetés au dehors. Ce rôle est-il le seul? Si nous nous reportons à l'action dissociante que les alcalins, même faibles, exercent sur les cellules molles de la couche de Malpighi, alors que la plupart des acides conservent mieux la netteté de la forme et du contour de ces cellules, nous pouvons supposer que la présence des acides dans la sueur est

utile à la conservation de l'intégrité anatomique des cellules épithéliales du conduit sudoripare. A la surface épidermique, les cellules de la couche cornée sont dures, résistantes, peu attaquables. L'alcalinité du résidu perd donc tous ses inconvénients et ne présente que des avantages.

Trousseau donnait comme théorie des exanthèmes sudoraux, indépendamment de l'exagération de la fonction, ce qui est légitime, la présence dans la sueur d'un principe morbide provenant de l'organisme malade. Ne pourrait-on rattacher dans un grand nombre de cas la théorie de ces exanthèmes à quelque chose de moins insaisissable, à l'acidité insuffisante ou à l'alcalinité de la sueur, provoquées par des transpirations abondantes.

Nos expériences, commencées au mois de septembre, à une époque où la température était encore élevée, nous ont permis de constater que, alors même que la sueur continuait à donner une réaction acide au papier de tournesol, elle produisait, quoique émise à l'état de transpiration insensible, des empreintes sur le protonitrate de mercure plus promptes et plus accentuées que celles que nous obtenons actuellement.

Dans les mois d'hiver, il n'est pas rare d'obtenir avec la main non lavée des empreintes sur le protonitrate de mercure à pointes teintées en noir, et qui ne se révèlent nettement que par l'action de l'ammoniaque. Ce fait prouve évidemment une proportion moins forte, en hiver, de sels alcalins dans la sueur, d'où résulte une moindre alcalinité du résidu. Il est probable que la sueur provoquée par la chaleur sur le corps en repos devient plus promptement alcaline que celle qui est provoquée par l'exercice musculaire, et qui doit se charger du résidu de combustion des muscles. On s'expliquerait ainsi que, dans les pays froids et tempérés, les éruptions sudorales ne se manifestent guère que chez des personnes tenues au lit, et que les chaleurs excessives des pays chauds soient nécessaires pour provoquer ces éruptions chez les sujets sains.

Toutes les considérations qui précèdent, les unes démontrées, les autres hypothétiques, quoique logiquement déduites, concourent à établir la vérité de cette proposition : que les glandes sudoripares doivent être considérées comme un appareil sécréteur annexé aux organes du tact.

En résumant donc l'ensemble de nos recherches, nous pouvons poser les conclusions suivantes :

L'application de la main sur des feuilles de papier imprégnées de nitrate d'argent, de protonitrate de mercure ou de diverses autres substances, permet d'obtenir des empreintes.

Ces empreintes, que nous appelons sudorales pour rappeler leur mode de formation, peuvent se rattacher à deux types : 1° empreintes pointillées produites par la main exactement lavée, et dans lesquelles chaque point répond à une glande sudoripare; 2° empreintes linéaires produites par la main non lavée et dont les lignes correspondent aux crêtes papillaires.

La possibilité d'obtenir ces empreintes constitue une méthode nouvelle d'exploration de l'appareil sudoripare et de la surface cutanée.

L'application de cette méthode à l'étude de quelques questions théoriques nous a permis d'établir les proportions suivantes :

1° La transpiration insensible se fait exclusivement par les glandes sudoripares.

2° La moiteur est due non-seulement à l'émission incessante de la sueur, mais à la présence du résidu déliquescent et alcalin laissé par l'évaporation de celle-ci.

3° Les glandes sudoripares, indépendamment de leurs autres fonctions, doivent être considérées comme des appareils sécréteurs annexés aux organes du tact.

Cette dernière considération donne une signification et un sens à plusieurs faits anatomiques et physiologiques dont il est difficile de comprendre l'importance en se plaçant à un autre point de vue. Parmi ces faits, nous mentionnerons :

L'inégalité du nombre des glandes sudoripares dans les diverses régions et la prédominance de ce nombre à la paume de la main et à la plante des pieds.

L'inégalité de l'activité sécrétoire de ces glandes dans les diverses régions.

La persistance au pied et à la main de la sécrétion et de l'issue de la sueur malgré la pression, et l'utilité à ce point de vue du trajet en spirale du conduit.

Le rapport de proximité des glandes sudoripares avec les papilles.

L'acidité de la sueur au moment de sa sécrétion et l'alcalinité de son résidu.

Nous pouvons dire dès à présent que là ne se bornent pas les

usages des glandes sudoripares, et que bientôt nous ferons connaître la part qu'elles prennent à l'absorption cutanée.

SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LYON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE.

Présidence de M. Desgranges.

Séance du 29 décembre.

La Société a reçu de M. le docteur Pétrequin un opuscule intitulé : *Étude comparée des eaux minérales de la France et de celles d'Allemagne.*

A la suite du vote pour l'élection du vice-président, M. Rodet est élu par 22 suffrages contre 8 donnés à M. Rollet.

M. Rodet remercie la Société de l'honneur qu'elle vient de lui faire.

On procède ensuite à la nomination des secrétaires adjoints. — Sont nommés : MM. Létiévant et Marduel.

Séance du 12 janvier 1874.

La Société a reçu : 1° un ouvrage intitulé : *Of the United States Geological suroeg of the territories*, par M. Hayden, United States geologist ; 2° *Annual report, of the Board of regents of the Smithsonian institution*, 3° le Recueil des actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône ; 4° divers journaux de médecine.

La Société procède, à la suite d'un rapport du Comité de présentation par M. Diday, à l'élection d'un membre titulaire. M. Maury, candidat inscrit, n'ayant pas réuni les trois quarts des suffrages des membres présents. l'élection est renvoyée à six mois.

M. Lavirotte donne lecture du rapport sur la candidature de M. Alvin au titre de membre correspondant de la Société. — Sont nommés membres correspondants MM. Alix, 17 voix ; Alvin, 15 voix.

Le secrétaire adjoint, Bondet.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES.

Présidence de M. Laroyenne.

***Comptes-rendus des séances de novembre* 1873.**

Discussion sur l'empyème, à propos de l'observation de M. R. Tripier.
(Voir Lyon Médical, n° du 7 décembre 1873, page 433).

M. Tripier a revu son malade après un séjour d'un mois à Longchêne ; la guérison persistait.

M. Laroyenne rapporte un cas de mort subite chez une nouvelle accouchée. Cette femme, âgée de trente ans, parut assez bien portante lorsqu'elle entra à la Charité et ne fut examinée que superficiellement. Trois jours après son accouchement, naturel du reste, elle fut prise brusquement de suffocation et mourut en quelques instants. Trois ans avant elle avait eu un premier accouchement à la suite duquel elle fit un séjour de dix-huit mois à l'Hôtel-Dieu pour on ne sait quelle affection.

A l'autopsie, rien de particulier dans la cavité abdominale ; adhérence complète de la plèvre droite dans toute son étendue, à l'aide de fausses membranes anciennes ; pas de liquide. Épanchement de 1,000 à 1,200 gr. dans la cavité pleurale gauche, avec quelques adhérences lâches. Rien dans le cœur, ni dans les gros vaisseaux, ni dans le cerveau. M. Laroyenne se demande quelle a pu être la cause de cette mort subite ; il pense que la double pleurésie doit être incriminée. La thoracentèse aurait peut-être sauvé la malade.

M. Perroud. Il n'est pas toujours nécessaire d'intervenir dans le cas de pleurésie purulente, comme le prouve le fait suivant : Il s'agit d'un jeune homme, jouissant habituellement d'une bonne santé. Lorsqu'il fut soumis à mon observation, il présentait tous les signes d'un épanchement à droite ; la paroi thoracique était, au niveau du sixième espace intercostal, rouge, enflammée, saillante, amincie par la pression du liquide, qui se fit bientôt spontanément jour à l'extérieur. On se contenta de soumettre le malade à un régime tonique ; l'écoulement du pus ne tarda pas à diminuer et se supprima même complètement. La guérison fut ainsi obtenue au bout de trois mois sans intervention.

M. Perroud ne cite pas ce fait pour blâmer la conduite de M. Tripier, mais pour prouver que lorsque la perforation se fait spontanément et dans les parties déclives, la guérison peut avoir lieu sans intervention.

M. Soulier n'a pas eu l'occasion de pratiquer la thoracentèse, mais il croit en principe que dans le traitement de la pleurésie purulente il faut rejeter les injections iodées et les lavages à de rares intervalles. Il faut, ou bien pratiquer des lavages pour ainsi dire continus, selon le procédé de M. Potain, ou bien faire l'opération de l'empyème en ouvrant largement le thorax.

M. Fontan est de l'avis de M. Tripier sur le traitement de l'empyème ; il a vu dans le service de M. Gayet un malade atteint d'empyème dont on faillit obtenir la guérison par l'aspiration continue ; mais le malade succomba à une affection intercurrente.

M. Clément. Les malades atteints d'empyème présentent souvent des symptômes généraux assez fâcheux pour faire croire à une phthisie ; les signes physiques peuvent dans certains cas entretenir cette erreur ; ainsi, le malade de M. Tripier a été pris pour un phthisique. Le succès obtenu par M. Tripier doit donc encourager à ne pas laisser séjourner indéfiniment du pus dans la plèvre.

M. Icard, rappelant que la mortalité de la pleurésie a doublé dans les hôpitaux de Paris depuis quelques années, comme M. Besnier l'a constaté,

demande quelle est l'influence de la thoracentèse sur la purulence de l'épanchement et sur la fréquence de la mort dans la pleurésie.

M. Clément. M. Besnier vient de se livrer à des recherches sur la mortalité de la pleurésie dans les hôpitaux de Paris pendant ces dernières années. En 1867, la mortalité était de 7 pour 100, en 1873 elle est de 15 pour 100; elle a donc doublé en six ans. Et si l'on songe que, depuis cette époque, la thoracentèse est devenue la méthode générale de traitement de la pleurésie, ces chiffres doivent donner à réfléchir aux partisans de la thoracentèse à outrance.

D'autre part, en Algérie, en 1869, la mortalité de la pleurésie dans les hôpitaux militaires a été de 5,5 pour 100 (159 pleurésies, 9 décès). Or, je puis affirmer que, dans les hôpitaux militaires, le traitement de la pleurésie est presque exclusivement médical. Pour moi, bien que je n'aie personnellement rien à reprocher à la thoracentèse, ces résultats me portent à mettre plus de réserve dans l'emploi de la ponction. Il me semble prudent de n'intervenir qu'au bout de trois ou quatre semaines, dans la pleurésie aiguë, à moins que l'épanchement ne soit considérable.

Dans la pleurésie purulente, le traitement ne peut être que chirurgical; mais quel procédé faut-il employer? Les ponctions simples répétées ont donné des succès; on peut concurremment faire des injections iodées; si l'on échoue, on peut avoir recours à un traitement plus radical, soit au drainage de Chassaignac, soit à l'opération de l'empyème. Celle-ci donnait autrefois de très-mauvais résultats; mais les modifications récemment apportées à cette opération en ont beaucoup amélioré le pronostic. Ainsi, Moutard-Martin, dans 16 cas, a obtenu 12 guérisons; Baccelli, sur 22 cas, a eu 16 guérisons. Ces faits sont très-encourageants et permettent d'opposer avec avantage l'opération de l'empyème au drainage de Chassaignac. Je demande à nos collègues leur opinion sur ce sujet.

M. H. Mollière. Il y a une grande différence au point de vue du pronostic entre l'empyème vrai et la pleurésie purulente; dans celle-ci la mort est presque certaine, j'en pourrais citer plusieurs exemples :

1° Service de M. Meynet : empyème vrai chez un homme; un litre de pus; guérison.

2° Service de M. Faivre : pleurésie purulente avec épanchement abondant chez une femme; quatre ponctions successives; fièvre hectique et mort.

3° Service de M. Bondet : hydrothorax énorme chez un homme; thoracentèse d'urgence; épanchement séreux. Deuxième ponction huit jours après; liquide séro-purulent. Troisième ponction; liquide purulent; signes de pneumothorax; mort par infection purulente.

On peut dire que, règle générale, lorsque le liquide purulent est libre dans la cavité pleurale, la mort est presque certaine, tandis que lorsque l'épanchement est enkysté par des fausses membranes il y a beaucoup de chances de guérison. Dans presque toutes les observations de Baccelli il s'agit de pleurésies purulentes enkystées.

On semble actuellement redouter beaucoup la thoracentèse dans la phthisie; pour M. Faivre la phthisie n'était pas une contre-indication, et j'ai vu

dans son service un phthisique qui a supporté sans accidents trois thoracentèses et qui est mort d'ascite beaucoup plus tard.

M. Laure. Il ne faut pas oublier que l'imminence de l'asphyxie n'est pas toujours en rapport avec l'abondance du liquide. Ce fait a été signalé encore récemment par M. Lereboullet, à l'Académie de médecine. Dernièrement, j'ai pratiqué la thoracentèse chez une femme qui présentait des signes d'asphyxie prochaine ; cependant le liquide n'était pas très-abondant. La guérison fut rapide, sans reproduction de l'épanchement. bien que la ponction eût été faite pendant la période aiguë de la pleurésie.

M. A. Gayet. Je crois, comme M. Mollière l'a dit, qu'il y a des pleurésies purulentes tout à fait au-dessus des ressources de l'art. Lorsque le poumon est aplati contre la colonne et maintenu par une épaisse coque fibreuse, qui l'empêche de se dilater, il reste une énorme cavité que ne peuvent parvenir à combler ni l'affaissement des côtes, ni le déplacement des organes voisins. J'ai pu, en faisant l'autopsie d'un malade mort à la suite d'une longue suppuration de la plèvre, constater les effets prodigieux qu'avait produits la rétraction des parois pectorales. Les côtes affaissées se touchaient, elles chevauchaient même les unes sur les autres, et trois d'entre elles avaient été usées, dans une certaine étendue, par la pression qu'elles avaient subie, et cependant la cavité pleurale n'était pas complètement comblée. Ce fait m'avait inspiré l'idée, que je n'ai pas mise à exécution, de réséquer une ou deux côtes pour faciliter l'aplatissement du thorax.

J'ai eu à traiter, dans mon service, trois cas de pleurésie purulente, et je les ai soumis à l'aspiration continue, tant pour empêcher le séjour des liquides putrides dans la plèvre que pour faciliter le retour du poumon et l'aplatissement du thorax, par une tendance continue au vide. Je me suis servi du simple aspirateur des cabinets de chimie, mis en communication par un tube avec une sonde en gomme, penétrant à frottement dans la cavité pleurale. J'ai employé ce mode de traitement dans trois cas. je n'ai obtenu de succès définitif dans aucun d'eux ; mais je puis dire que dès l'application de l'appareil, l'état général des malades a été amélioré, la fièvre hectique a disparu et les forces se sont relevées. En somme, leur vie a été prolongée, et s'il eût été possible de combler cette énorme cavité suppurante la guérison eût été obtenue. Ces cas me semblent au-dessus des ressources de l'art.

M. Tripier. Les cas d'empyème ne se ressemblent pas, et vouloir trouver une formule de traitement applicable à tous, c'est poursuivre une chimère. Il faut tenir compte pour le pronostic et le traitement de l'état local et de l'état général ; si l'épanchement occupe un espace considérable, si la pleurésie est ancienne, si de fausses membranes fibreuses, épaisses tapissent les plèvres, la guérison sera très-difficile ; des conditions contraires sont beaucoup plus favorables. Les pleurésies purulentes secondaires, celles qui surviennent chez les vieillards et même chez les adultes, présentent une gravité que ne possèdent pas les pleurésies primitives et celles des jeunes sujets.

Tous les modes de traitement ont donné des guérisons, même l'expectation, comme le prouve l'exemple que nous a cité M. Perroud. Tant que

l'état général reste bon, on peut choisir entre les divers procédés, et les plus simples sont les meilleurs au début du traitement. Après les ponctions simples répétées, on peut en venir aux ponctions suivies d'injections iodées et aux lavages continus de la plèvre, suivant le système de M. Potain ; le drainage de Chassaignac et l'opération de l'empyème constituent une ressource suprême dans le cas où des moyens moins radicaux ont échoué. Mais si le mauvais état général indique que le malade est en imminence d'infection putride ou purulente, il faut sans hésiter recourir à l'opération de l'empyème. Dans le cas que j'ai présenté, j'avais fait sans succès une dizaine de ponctions avec ou sans injections iodées ; le malade dépérissait ; j'appliquai alors le siphon Potain, et je fis deux fois par jour d'abondants lavages; l'amélioration fut rapide et le malade guérit.

Quant au traitement des épanchements séreux, je n'ajouterai rien à ce que j'ai dit sur ce sujet l'an passé, sinon que je suis toujours partisan de la thoracentèse. J'ai certes fait la ponction dans une quarantaine de cas, et je n'ai pas eu d'accidents à déplorer. Il est impossible de discuter les statistiques, mises en avant pour discréditer la thoracentèse, tant que l'on n'aura pas de détails sur les cas mortels.

S'agissait-il de pleurésie primitive ou secondaire, tuberculeuse ou non, séreuse ou purulente, simple ou compliquée d'affections concomitantes du cœur, du poumon, des reins, etc., chez des vieillards, des adultes ou des enfants ? voilà ce que la statistique devrait dire et ce qu'elle ne dit pas.

M. Boucaud. J'ai fait la ponction pour un épanchement considérable du côté droit chez une phthisique qui avait des hémoptysies abondantes. L'évacuation du liquide a suspendu les hémoptysies, et l'état général s'est beaucoup amélioré.

M. D. Mollière. J'ai vu faire une ponction dans un cas de fièvre puerpérale pour un épanchement considérable ; le liquide était très-trouble ; cependant la guérison eut lieu sans que l'on ait eu besoin de recourir une seconde fois à la thoracentèse.

M. Laure. L'un d'entre nous a manifesté dans la dernière séance, au sujet de la thoracentèse, des craintes qui ne me paraissent pas suffisamment justifiées par les observations de M. Besnier, les leçons de M. Peter et même les statistiques militaires de l'Algérie.

Malheureusement, il n'est que trop vrai, on peut faire tout ce qu'on veut d'une statistique ; qu'elle soit l'œuvre d'un seul ou la somme des observations d'un grand nombre ; trop personnelle dans le premier cas, elle manque d'unité dans la seconde hypothèse, et restera toujours entachée de mille causes d'erreurs d'interprétation ou de faits.

N'est-il pas injuste de mettre sur le compte de la thoracentèse une augmentation constatée, ces derniers temps, dans le chiffre des décès inscrits sous la rubrique *pleurésie,* alors qu'il est facile d'expliquer cette différence par une observation plus rigoureuse, plus attentive de la pleurésie, mise en relief en quelque sorte dans ces dernières années par le fait même d'une méthode relativement nouvelle qui est encore l'objet de communications, d'études, de discussions incessantes? Quoi qu'il en soit, il me semble difficile, impossible même, de réfuter, de changer ce qui a été établi au prix de

tant d'efforts par Trousseau, à savoir que : la mort subite survient souvent dans le cours de la pleurésie et que la thoracentèse est le seul moyen capable de conjurer le danger sans faire courir au malade de nouvelles chances de mort.

Tout récemment, M. Besnier a cité un cas de mort subite survenue dans le cours d'une pleurésie aiguë (*Union médicale*, 26 août 1871). Quelque temps après, M. Vallin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, présentait à la Société médicale des hôpitaux un cas de ce genre, dans lequel il se repentait hautement de n'avoir pas pratiqué la thoracentèse. Il ne me serait pas difficile de réunir d'autres exemples. J'en ai observé deux moi-même en pareilles circonstances, et, d'autre part, la thoracentèse, même dans le cas de pleurésie purulente, soit simple, soit de nature tuberculeuse, m'a toujours donné de bons résultats.

Précisez ces résultats, me direz-vous; je vais au-devant d'une réclamation aussi juste, et je commencerai par vous avouer que sur six pleurésies purulentes traitées par la thoracentèse, la plupart du temps suivie d'injections iodées et de lavages, six malades ont succombé, mais tous à longue échéance. Plusieurs ont pu reprendre pour un temps leurs occupations, assez pénibles du reste, et l'un deux, que j'ai suivi pendant une période de quatre ans, a fini par mourir tuberculeux.

Je pourrais être tenté, comme bien d'autres, de retrancher de ma statistique cette malencontreuse série, sous le prétexte que deux de ces malades au moins étaient atteints de tubercules, qu'un troisième a été dirigé sur un hôpital militaire, où je l'ai perdu de vue, qu'un quatrième a commis la grave imprudence de descendre à la cour le jour même de l'opération, etc. Mais j'aime mieux en toute franchise laisser parler les faits.

Dans tous les cas, il a été évident pour moi que l'opération a reculé le terme fatal, et que si j'avais eu affaire à des gens de la classe aisée, à qui le confort et l'hygiène sont choses possibles, j'aurais quelques chances de vous présenter aujourd'hui des résultats plus séduisants.

D'un autre côté, toutes les fois que la ponction m'a donné un liquide purement séreux, l'épanchement s'est rarement reproduit et la convalescence a été très-rapide, même dans les cas d'*épanchement abondant* (4 ou 5 litres par exemple), ce que je n'ai pas encore obtenu du traitement médical. Est-ce à dire pour cela que la thoracentèse soit indiquée dans tous les cas d'épanchement *sans exception ?*

Loin de moi cette pensée, au contraire, la thoracentèse est encore pour moi une opération de nécessité, une opération d'urgence, elle doit être pratiquée, selon mon opinion :

1° Dans les épanchements aigus, que le liquide soit abondant ou non, toutes les fois qu'il y aura menace d'asphyxie, que celle-ci soit amenée par l'abondance de l'épanchement ou par une complication (bronchite, œdème du poumon, etc., etc.);

2° Dans les épanchements abondants qui ne diminuent pas au bout de quelques jours sous l'influence du traitement interne.

3° Dans les cas de pleurésies latentes;

4° Dans les pleurésies purulentes de date récente.

Après une première ponction simple, j'emploie la seconde fois l'injection

iodée, en ayant soin d'aspirer le liquide médicamenteux,dont je laisse pourtant une certaine quantité dans la plèvre. Ce dernier moyen ayant échoué, j'ai recours en dernier lieu aux lavages répétés deux ou trois fois par jour : l'appareil de Potain ou plutôt de Jules Guérin, de tous le plus simple, me paraît devoir être employé de préférence.

5° Dans la pleurésie purulente d'emblée suite de couches, précisément à cause des mauvais résultats que j'ai obtenus de la ponction simple, je serais d'avis de pratiquer séance tenante le drainage combiné avec les injections ou lavages détersifs.

Telles sont aussi, à peu de chose près, les conclusions formulées par M. Lereboullet, dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine, en 1872.

Dans un travail tout récemment lu à l'Académie des sciences, MM. Carlet et Strauss ont établi, d'après des tracés obtenus sur le vivant, que la cavité pleurale, une fois en communication avec l'air extérieur, « l'ampliation « pulmonaire, bien que singulièrement diminuée, n'en est pas pour cela « complètement abolie. » Ces conclusions ne suffisent donc pas pour nous rassurer sur le rétablissement de la fonction dans le cas où l'on établit artificiellement une ou deux fistules sur un malade atteint de pleurésie purulente. Il ne faut pas oublier, d'autre part, les cas de guérison de pleurésies purulentes au moyen des ponctions successives, publiés par MM. Hérard, Lereboullet, Aran, Markowitz, Rœ, Marotte, etc. On trouve même dans la statistique de ces derniers des succès définitifs après une seule ponction.

Ainsi donc, sauf le cas que nous avons prévu tout à l'heure, *nous n'aurons recours à l'empyème et au drainage qu'en dernier ressort, après avoir essayé à plusieurs reprises la thoracentèse, suivie d'injections iodées.*

Quant au lieu d'élection de la thoracentèse, je ne me serais pas permis de revenir sur ce point, si je n'avais été étonné des conclusions formulées par M. Castiaux dans son *Traité de l'aspiration* ; l'auteur recommande « le deuxième espace à partir d'en bas » dans le but d'évacuer tout le liquide en ponctionnant au point le plus déclive. Les lésions possibles du foie, dans les épanchements récents, et surtout des attaches du diaphragme, accidents que nous avons observés pendant le cours de notre internat, nous empêchent de partager cette manière de voir. Pour nous, il est préférable de ne point dépasser le huitième espace intercostal chez l'adulte.

Il faut redoubler de précautions chez l'enfant, surtout lorsqu'il s'agit d'une pleurésie du côté droit, les limites supérieures du foie pouvant atteindre à cet âge jusqu'au niveau du huitième espace intercostal. Pour ce qui concerne le manuel opératoire, les préceptes formulés dans certains traités nous paraissent complètement illusoires.

Dans les cas de pleurésie purulente surtout, l'œdème des parois et plus encore le chevauchement des côtes rendent quelquefois l'opération fort laborieuse. C'est alors qu'il faut ponctionner où et comme on le peut. Le chevauchement des côtes peut se rencontrer non-seulement dans la pleurésie chronique, mais encore survenir assez brusquement dans certaines formes de pleurésie aiguë, comme nous l'avons récemment observé chez une jeune femme de notre service ; le plus petit trocart ne pouvait se frayer un passage

dans l'espace intercostal, que nous avons été obligé de forcer, après trois ponctions successives, en nous servant de l'instrument à la manière d'un evier. C'est dans les cas de ce genre que l'incision préalable de la peau, recommandée par Trousseau, peut rendre un véritable service; la crainte de l'érysipèle nous fait rejeter cette pratique dans les cas plus simples. Une autre circonstance peut encore embarrasser le praticien; après avoir constaté chez un malade la présence d'un épanchement moyen, la ligne de la matité s'abaisse quelquefois brusquement; d'un autre côté les symptômes généraux indiquent très-nettement, non-seulement que l'épanchement n'a pas diminué, mais que selon toute probabilité le liquide tourne à la purulence.

Il ne faut pas craindre en pareil cas de ponctionner au lieu d'élection, bien qu'à ce niveau la matité soit remplacée par un son tympanique. Je me rappelle avoir donné ce conseil à un de mes confrères ici présent, qui a été étonné d'obtenir ainsi une quantité de pus dont la petite étendue de la matité ne pouvait donner aucune idée. J'ai fait depuis lors plusieurs ponctions dans des circonstances analogues, la dernière il y a à peine deux mois.

Puisque le sujet est à l'ordre du jour, permettez-moi de *toucher* ici à une question encore pleine d'actualité.

Quelle est la valeur des ponctions capillaires et de l'aspiration dans la pleurésie aiguë, chronique et enfin dans les épanchements purulents?

Dans le mémoire que je vous citais tout à l'heure, M. Lereboullet s'exprime ainsi : « Je dois le dire, sans vouloir en rien expliquer cette coïncidence ou « accuser tel ou tel procédé, toutes les fois que j'ai vu l'épanchement se « reproduire très-abondant, alors que l'opération avait été faite au moment « voulu, c'était à la suite de la thoracentèse capillaire pratiquée, soit à « l'aide du trocart de Blachez, soit avec la seringue de Dieulafoy. »

Je n'irai pas si loin que M. Lereboullet, mais après m'être souvent servi du trocart de M. Dieulafoy, je l'ai complètement abandonné dans les cas de pleurésie aiguë, et cela pour des motifs d'une certaine importance.

Le piston de la seringue, forcément en contact avec les liquides aspirés, se détériore très-promptement, les pièces de l'appareil se dessoudent avec la plus grande facilité, à plus forte raison si l'on fait usage de liquides médicamenteux. Il ne faudrait pas croire qu'au moyen de la seringue de Dieulafoy l'épuisement est plus complet, car souvent à la fin de l'opération, alors que je n'obtenais plus que des bulles d'air après avoir fait le vide de la seringue, je n'avais qu'à enlever l'instrument et à faire tousser le malade pour voir encore s'écouler une notable quantité de liquide.

Évidemment, ce n'était pas la faute du vide, mais bien celle de l'instrument, qui, très-vite détérioré, ne donne plus un vide absolu.

De plus, la contenance insuffisante de l'instrument oblige l'opérateur à répéter un très-grand nombre de fois une manœuvre qui le fatigue, et en même temps épuise les forces du malade jusqu'à la syncope.

Les deux inconvénients que je viens de signaler me paraissent évités avec l'appareil de Castiaux; la seringue de Dieulafoy est pour nous un instrument d'*exploration*, pouvant rendre des services dans les cas douteux.

Je l'ai vu appliquer avec succès par mon ami M. Fochier dans le cours

d'une opération de hernie étranglée, afin de faciliter la réduction de l'anse intestinale ; mais dans les cas de pleurésie ordinaire son utilité est pour moi très-contestable.

J'en dirai autant de l'aspiration en général dans les épanchements séreux; je n'en ai retiré aucun avantage réel. C'est pourquoi je suis revenu au trocart ordinaire muni de la baudruche de Reybard.

L'aspiration devient utile quand on injecte des liquides médicamenteux dans la plèvre. Quand on pratique des lavages, et, dans ces cas, l'appareil de Potain, modifié par Béhier et mis à la portée de la bourse du plus modeste praticien, rendra tout autant de services que l'aspirateur Castiaux, beaucoup plus perfectionné, il est vrai, mais aussi beaucoup trop coûteux.

J'ai vu fonctionner avec succès dans le service de M. Valette l'aspirateur des cabinets de physique, que M. Gayet appelle un instrument portatif. Le malade peut, il est vrai, porter son aspirateur comme il porterait au besoin sa chaise ou son canapé; mais vu les proportions gigantesques et le prix de l'aspirateur en question, il n'en reste pas moins essentiellement un appareil d'hôpital.

En résumé, je crois que l'aspiration, inutile dans les épanchements purement séreux, devient une ressource très-précieuse lorsqu'il s'agit d'épanchements purulents.

Enfin, une fois qu'on s'est décidé à établir une communication permanente entre la plèvre et l'air extérieur, je ne regarde point comme indispensable, pour me servir du langage pittoresque de M. Jules Guérin (bien que je ne partage nullement sa manière de voir), de s'enrôler exclusivement, soit dans le camp des *thoracotomistes*, soit dans « l'*agglomération* des *thoracocentésistes* et des *iodistes*, pas plus que dans la fraction du *drainage*.

Pour moi, ces méthodes sont bonnes et capables de rendre des services, mais aucune ne répond exclusivement à toutes les indications ; c'est pourquoi il est peut-être plus sage de s'en réserver le choix pour tel ou tel cas particulier.

Un seul procédé, je l'avoue, soulève dans mon esprit quelques répugnances que je n'ai pas besoin de justifier : je veux parler de la résection de deux ou trois côtes proposée par M. Gayet, dans le but de pénétrer plus facilement dans la plèvre.

En terminant cette communication déjà fort longue, permettez-moi de vous dire que j'aurais hésité à vous exposer ainsi des opinions purement personnelles sur un sujet de cette importance.

Les idées que je viens de vous exprimer sont en quelque sorte inspirées de la pratique de Chatin.

La thoracentèse lui était familière, et il préparait même un travail sur ce sujet au moment où il a été prématurément enlevé à la science. Je suis heureux de pouvoir rendre aujourd'hui ce faible hommage à la mémoire de mon ancien maître.

M. Boucaud. Je ferai de légères objections à M. Laure. Tout le monde est d'accord sur la nécesssité de faire la ponction dans la pleurésie aiguë lorsque le liquide est très-abondant ; mais l'oppression n'est pas une indication suffisante à elle seule, en l'absence d'un épanchement considérable.

En effet, dans la pleuro-pneumonie, dans la pleurésie diaphragmatique l'oppression peut être très-forte et l'épanchement insignifiant, une ponction ne saurait dans ces cas diminuer la dyspnée. L'opération est encore indiquée outre l'abondance de l'épanchement par le déplacement du cœur.

Tant que la fièvre dure, il est possible de voir disparaître des épanchements considérables, il faut donc laisser au malade la chance d'une résorption spontanée et ne pas opérer pendant la période fébrile, sauf indication spéciale. J'ai vu chez une malade atteinte successivement de névralgie faciale, puis intercostale, un épanchement considérable survenir rapidement et disparaître de même. Peut-être l'exhalation séreuse de la plèvre était-elle sous la dépendance d'une irritation des nerfs trophiques; dans des cas analogues il ne faudrait pas opérer.

M. Laure. L'abondance de l'épanchement n'est pas l'unique indication de la thoracentèse, il faut encore qu'au bout de quelques jours il n'y ait aucun signe de résorption. Mais lorsqu'il y a menace d'asphyxie, quelle qu'en soit la cause, complication du côté du cœur ou du poumon, je crois qu'il faut ponctionner même si l'épanchement n'est pas très-abondant. Le déplacement du cœur est une des indications de la thoracentèse ; mais il ne faudrait pas s'appuyer sur l'absence de déplacement du cœur pour repousser la thoracentèse, car le cœur peut être maintenu à sa place normale par des adhérences, malgré l'abondance de l'épanchement, comme j'ai pu le voir une fois à l'autopsie.

M. P. Meynet. Chez les enfants les pleurésies aiguës sont très-fréquentes ; j'en ai vu beaucoup depuis quatre ans que je suis à la Charité, je n'ai cependant jamais eu l'occasion de pratiquer la thoracentèse. La résorption de l'épanchement, quelle que soit son abondance, se fait chez eux avec une rapidité merveilleuse ; quelques vésicatoires, quelques diurétiques suffisent pour obtenir ce résultat. La pleurésie purulente guérit aussi chez eux avec une facilité incroyable. Ainsi j'ai vu chez un enfant une pleurésie purulente, suite de rougeole, qui se vida dans les bronches, et qui finit par guérir sans autre traitement que des toniques.

Je crois donc que chez les enfants, dans la pleurésie aiguë, les indications de la thoracentèse doivent être très-rares, et je m'éloigne sur ce point de M. Roger, qui pratique peut-être trop souvent la ponction.

M. Boucaud. Les préceptes de M. Meynet sont excellents pour la pleurésie aiguë, mais lorsque au bout de cinq ou six semaines l'épanchement ne se résorbe pas, il faudrait peut-être ponctionner pour prévenir les déviations de la colonne, chose fâcheuse chez les jeunes sujets.

M. Meynet. Je n'ai jamais observé de pleurésie chronique chez les enfants.

M. Fochier. Barthez, dans une statistique de deux mille enfants malades, n'a pas cité un seul fait de mort subite chez les enfants. Quant à la pleurésie chronique chez eux, elle est toujours purulente ou tuberculeuse.

M. Marmy. Il y a un an et demi, mes collègues et moi réunis en consultation, nous pratiquâmes une thoracentèse le dixième jour d'une pleurésie ; il sortit environ cinq à six litres de liquide citrin et très-limpide ; une



deuxième ponction fut bientôt nécessaire, le liquide était trouble ; enfin, une troisième ponction amena un liquide purulent, et le malade mourut. A l'autopsie, tubercules très-avancés du poumon. Je me suis demandé si dans ce cas la marche des tubercules n'a pas été accélérée par la ponction, qui a soustrait le poumon à la compression que l'épanchement exerçait sur lui. Dans deux autres cas, la ponction fut pratiquée pour un empyème ; les deux malades moururent. On regarde généralement la ponction de la plèvre comme aussi innocente que celle d'une hydrocèle. Je ne crois pas à cette innocuité ; aussi à l'hôpital militaire je ne laisse que rarement pratiquer la thoracentèse.

M. Clément. Je reviens sur mon discours de l'avant-dernière séance, dont les conclusions n'ont pas été suffisamment mises en lumière dans le compte-rendu. J'ai dit que la dyspnée est une indication très-nette de la thoracentèse et que toutes les fois qu'il y a dyspnée il faut intervenir, quelles que soient les complications. J'ai dit que l'abondance de l'épanchement est une seconde indication, mais lorsque l'épanchement est peu abondant et que la fièvre persiste. J'ai dit qu'il ne faut pas opérer, pour laisser au malade la chance d'une résorption sous l'influence du traitement médical ; plus tard, lorsque l'état aigu est tombé, si le liquide n'a pas disparu on peut lui donner issue.

M. Laure met en doute la valeur des statistiques que j'ai citées et qui du reste ont été vivement attaquées par M. Tripier. Comment cependant expliquer la mortalité considérable de la pleurésie dans les hôpitaux de Paris, mortalité qui a doublé en quelques années et dont l'accroissement coïncide avec une augmentation dans le nombre des thoracentèses, tandis qu'une autre statistique nous montre que, dans les hôpitaux militaires, où la thoracentèse n'est pas acceptée comme méthode générale de traitement, la mortalité n'a pas varié et demeure bien au-dessous de celle des hôpitaux de Paris. La statistique de M. Besnier porte sur tous les cas de pleurésie sans distinction, et comprend au moins deux cent cinquante cas par année. On peut donc très-bien comparer le chiffre des différentes années.

A propos du cas de M. Marmy, je citerai un fait qui prouve que la compression exercée par le liquide sur la plèvre n'empêche pas l'évolution des tubercules. Il s'agit d'un homme, porteur d'un épanchement très-abondant, dont la résorption, qui se fit longtemps attendre, s'opéra sous l'influence du traitement médical seul. Dans le cours même de sa convalescence, cet homme fut emporté par une tuberculose miliaire. A l'autopsie, on put constater que la pleurésie était bien guérie.

M. Laure. On peut trouver une explication bien simple de cet accroissement du chiffre de la mortalité dans le mode d'inscription des malades. La pleurésie est une complication fréquente d'affections diverses ; souvent elle prime par son importance l'affection première ; il peut très-bien se faire, aujourd'hui que l'attention est spécialement attirée sur elle, que tel malade atteint d'une pleurésie tuberculeuse, par exemple, qui autrefois eût été inscrit sous le titre de phthisie pulmonaire, le soit aujourd'hui sous celui de pleurésie, uniquement parce qu'il aura été ponctionné. Ce changement dans

le mode d'inscription suffirait pour expliquer l'accroissement de la mortalité dans ces dernières années.

Le secrétaire annuel : P. Colrat.

REVUE DES JOURNAUX

PHARMACIE ET CHIMIE.

Modification à la préparation de la pommade camphrée, par A. Lahache. — Nous avons été souvent témoin de la proportion considérable de camphre qui se volatilise pendant la préparation de la pommade camphrée selon le *modus faciendi* du Codex. En effet, volatil à la température ordinaire, le camphre ne peut être exposé à la fusion de l'axonge à + 30 degrés, et encore moins à celle de la cire à + 63 degrés environ, sans se dégager vivement au moment de l'agitation en vase à couvert mobile, et la perte du stéaroptène est d'autant plus sensible que l'agitation *doit être continuée jusqu'à sa dissolution et le refroidissement de la pommade.*

Le Codex est muet sur le choix du vase à employer, et, dans ce cas, un élève agira toujours comme pour les autres pommades préparées à l'air libre. Cependant l'intervention d'un vase fermé est presque aussi indispensable que pour les pommades ammoniacales, au chloroforme et phosphorées, qui, dans notre Codex, sont formulées avec plus de soin.

Nous obvions aux inconvénients signalés en faisant fondre la cire et l'axonge d'abord dans un poêlon ordinaire et en versant ce liquide, sur le camphre divisé, dans un pot en grès ou en faïence cylindrique allongé.

Pour obtenir une agitation efficace, une pommade bien homogène, il faut réserver un certain vide dans le vase, du quart ou du tiers de sa contenance.

Modifications apportées dans la préparation et le mode d'administration du phosphate de chaux, crème de phosphate de chaux neutre hydraté, par Tisy. — M. Tisy, dans un article inséré dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, fait le procès du phosphate de chaux dissous soit par l'acide lactique, soit par l'acide chlorhydrique, ainsi que celui du phosphate de chaux tribasique du Codex.

Il reconnaît que les produits du premier genre ont le grand avantage d'être facilement assimilés; mais, malheureusement, dit-il, les os calcinés traités par les acides lactique, chlorhydrique ou autre, donnent naissance à du phosphate acide de chaux;

l'acide employé se combine à une partie de la base, et met en liberté une partie de l'acide phosphorique, qui dissout le phosphate non décomposé. Or, cet acide phosphorique libre exerce sur les dents une fâcheuse influence; souvent aussi les estomacs un peu délicats ne peuvent tolérer ces excès d'acidité dans l'acte de la digestion.

Quant au phosphate de chaux officinal *tribasique*, il a pour M. Tisy un autre inconvénient, il n'agit pas, et voici pourquoi : la quantité d'acide organique ou inorganique qui se trouve dans le suc gastrique est limitée. Comme le phosphate de chaux a besoin de cet acide pour être solubilisé d'abord, puis absorbé, il en résulte que, non seulement la quantité de phosphate basique doit être proportionnée à la quantité d'acide libre, mais encore faut-il tenir compte de ce fait, c'est que, pour arriver à l'état de phosphate acide, le phosphate basique passe à l'état intermédiaire, l'état neutre, et qu'alors, si la quantité de phosphate basique est trop grande, il ne pourra pas même être ramené tout entier à l'état neutre, et que l'acidité du suc gastrique étant épuisée, aucune partie du phosphate neutre formé ne pourra être dissoute.

M. Tisy propose de remplacer ces deux formes pharmaceutiques par le *phosphate de chaux neutre hydraté-gélatineux*. A cet état, le phosphate de chaux se dissout facilement dans les acides les plus faibles et les plus dilués. Du suc gastrique de chien, dont l'acidité est à peine indiquée par le tournesol, le dissout parfaitement.

M. Tisy prépare ce phosphate en le précipitant d'une solution très-étendue, à l'instar de M. Collas, puis il l'administre sous deux formes : à l'état dé crême, en incorporant le précipité humide dans du sirop assez concentré pour qu'il ne puisse se former un dépôt ; il obtient ainsi une sorte d'émulsion à la faveur de laquelle le précipité reste suspendu et à l'état de bonbons fondants, la consistance du précipité ne se prêtant pas à la confection des pastilles.

Solution concentrée de tannin, par ROTHER.

Tannin.......	250 5mes.
Glycérine.....	125
Alcool à 93°...	296cc.
Eau distillée...	250

Ajoutez l'eau à l'alcool, puis le tannin ; maintenez le mélange dans un lieu chaud jusqu'à dissolution complète. Filtrez chaud, ajoutez la glycérine et évaporez avec soin jusqu'à ce que la solution ne pèse plus que 500 grammes.

Cette solution a l'avantage de se conserver longtemps sans altération ; elle contient la moitié de son poids de tannin.

Inhalations applicables au traitement de l'asthme. — Les deux formules sont empruntées au journal *The Doctor* par la *Presse médicale belge* :

Ether sulfurique........	30
Acide benzoïque........	15
Baume du Pérou.......	8

Ou suivant une autre formule :

Ether sulfurique.........	2
Essence de térébenthine..	15
Acide benzoïque.........	15
Baume de Tolu..........	8

Placer le mélange dans un flacon à large ouverture. La chaleur de la main suffit pour provoquer la volatilisation des substances.

Sur l'eau de goudron saturnine et ferrugineuse, par P. Carles. — Beaucoup de pharmaciens, estimant (et nous sommes du nombre) que la seule eau de goudron officinale est celle qu'on obtient par macération du goudron de Norvége, préparent ou conseillent de préparer cette eau en agitant de temps en temps, dans une cruche ordinaire, le goudron et l'eau ; au bout de huit jours de contact, cette eau peut être employée. Les quelques reproches que nous pourrions avoir à faire à ce mode opératoire ont déjà été énoncés, et nous n'en parlerons pas. Nous ferons seulement remarquer que les vases dont nous venons de parler sont le plus souvent, en tout ou en partie, enduits d'un vernis à l'intérieur, ce qui, dans certains cas, peut entraîner de graves inconvénients.

On sait, en effet, que ces vernis ne sont le plus souvent que des silicates basiques de plomb solubles dans les acides les plus faibles. Or, l'eau de goudron est sensiblement acide, ce qu'elle doit à l'acide acétique et autres acides organiques, et l'on pouvait supposer *à priori* qu'ils entraîneraient en dissolution une partie d'oxyde de plomb ; nos prévisions se sont en effet réalisées ; dans une eau de goudron préparée dans un vase partiellement vernissé à l'intérieur, il y avait des quantités de plomb à notre avis susceptibles non d'amener une intoxication saturnine aiguë, mais une intoxication lente si on en avait fait un long usage, et d'autant plus rapide que le goudron lui-même eût été plus souvent renouvelé.

Dans d'autres cas beaucoup plus rares (nous avons vu un matelot user de ce moyen), la cruche de terre est remplacée par une marmite de fonte; cette eau était beaucoup plus rougeâtre que l'eau de goudron ordinaire, ce qu'elle devait à des sels de protoxyde de fer qui avaient pris naissance durant sa préparation. Dans la plupart des cas, l'on n'aurait pas à redouter l'intervention du fer ; mais, dans les cas de tuberculoses, cette eau eût été certainement contre-indiquée. (*Gaz. méd. de Bordeaux.*)

Mélange calmant. — Le mélange suivant, très-agréable à prendre, réussit très-bien dans les affections des bronches :

Sirop de violettes.....	120
Sirop de codéine......	30
Eau de laurier-cerise...	5

Cérat laudanisé pour le pansement des brûlures. — Nous croyons devoir rappeler la formule publiée en 1859, par M. Déchamp (d'Avallon) :

Cérat blanc...........	36
Laudanum...........	4

Chaque gramme contient 0,10 de laudanum. La dose du laudanum a été abaissée à 4 grammes pour deux raisons :

1° Dans le cas de brûlures très-étendues, on a vu des malades fortement narcotisés par suite de l'application de cérats contenant une grande quantité de laudanum.

2° Les cérats fortements laudanisés sont la cause de douleurs dues à l'action de l'alcool du laudanum sur les parties brûlées.

REVUE DES LIVRES

Des lésions des nerfs et de leurs conséquences, par le docteur S. Weir Mitchell, traduit et annoté par M. Dastié ; préface par M. le professeur Vulpian. — Paris, G. Masson, 1874.

Voici un livre qui excitera vivement la curiosité de tous ceux qui s'intéressent aux progrès des sciences médicales. Les problèmes que soulève l'étude physiologique du système nerveux sont, entre toutes les questions actuellement posées, les plus intéressantes ; et leur étude est précisément arrivée à ce point que la coordination de tous les faits épars, de tous les résultats cliniques et expérimentaux, semble dépendre désormais d'une découverte majeure et peut-être imminente. Cette espérance fait l'intérêt palpitant de ces recherches auxquelles se sont voués de nombreux travailleurs, expérimentateurs ou cliniciens. Parmi ces derniers, le docteur Weir Mitchell est, à coup sûr, un des plus éminents; disons aussi qu'il a été singulièrement favorisé par les circonstances. Mis à la tête d'un hôpital créé pour le traitement des traumatismes nerveux, il a pu, pendant et depuis la guerre de sécession, poursuivre ses travaux dans des conditions tout à fait exceptionnelles.

Quels ont été les résultats de ces recherches, poursuivies par un homme absolument compétent, dans un champ d'observation si admirablement choisi ? Un premier ouvrage a été publié en

1864, par M. Weir Mitchell et ses collègues G. Morehouse et Keen, sous le titre : *Gunshot Wounds and other injuries of nerves*. Depuis lors M. Weir Mitchell a fait insérer un nouveau travail dans les rapports médicaux et de la commission nationale de santé. Aujourd'hui il publie un traité des lésions des nerfs, qui résume ses études cliniques et les résultats des expériences entreprises par lui sur les animaux. C'est ce livre que nous allons analyser aussi brièvement que possible.

Nous devons d'abord prévenir le lecteur que, s'il doit y trouver beaucoup de choses neuves et excellentes, il n'y trouvera pas ce qu'il sera peut-être tenté d'y chercher surtout, les solutions aux questions physiologiques si controversées auxquelles nous faisions allusion tout à l'heure. A tout dire, le docteur Weir Mitchell y semble parfois quelque peu indifférent, ou du moins il ne les aborde qu'avec une extrême réserve. A-t-il jugé que le champ ouvert à ses minutieuses investigations devait absorber toute son activité et lui donnait une moisson suffisante? Ou bien a-t-il cru que les résultats de ses recherches n'apportaient dans les questions en litige un assez grand nombre d'éléments nouveaux pour peser sur les solutions à intervenir, et que dès lors il convenait de les laisser en dehors de son cadre? Nous ne savons. Toujours est-il que l'auteur ne traite pas à fond les questions physiologiques, qu'il ne discute que brièvement les solutions proposées, adoptant parfois encore une opinion controversée sans nous dire les raisons qui l'ont déterminé dans son choix.

Le livre est précédé d'une préface du professeur Vulpian, qui est un de ses attraits. Si le lecteur veut profiter complètement de cette bonne fortune, nous lui conseillons de lire le livre d'abord, la préface ensuite. Voici pourquoi. Les questions laissées dans le pénombre par le docteur Weir Mitchell sont abordées de front par M. Vulpian, qui en parle avec l'autorité et le talent qu'on lui connaît ; et c'est précisément cette netteté dans l'exposition, cette lucidité dans la discussion, cette largeur dans les vues d'ensemble qui nuisent un peu à l'auteur américain, moins méthodique et moins compréhensif. Les étrangers n'ont pas, du moins dans leurs ouvrages scientifiques, cette précision de langage, cette sûreté de méthode qui distinguent nos auteurs français. Donc, en lisant la préface après le corps du livre, on évitera toute comparaison défavorable, et nous estimons qu'on s'en trouvera bien.

Les premiers chapitres ont trait à l'anatomie et à la physiologie des nerfs ; chemin faisant, l'auteur aborde, d'une manière un peu sommaire, la question des *nerfs trophiques*. Ici quatre opinions principales se trouvent en présence :

Certains auteurs admettent qu'il y a toute une catégorie d nerfs spécialement préposés à la nutrition des tissus ; d'autres pensent que cette fonction est accomplie par les nerfs vaso-moteurs : d'autres encore croient que ce sont les nerfs préposés à la fonction principale de chaque organe qui président en même

temps à sa nutrition ; enfin, d'après Virchow, le système nerveux serait absolument étranger à l'assimilation et à la désassimilation. Entre ces quatre hypothèses, quelques-uns ont pris une situation intermédiaire, et estiment que les nerfs vaso-moteurs partagent avec les nerfs sensitifs et moteurs la direction des fonctions trophiques des divers tissus.

M. Weir Mitchell incline évidemment vers cette dernière opinion. Voyons ses raisons :

« Les lésions ou la section complète des filets vaso-moteurs ne peuvent avoir d'autre effet que de rétrécir ou de dilater les vaisseaux, ou bien d'arrêter et de suspendre les contractions vermiculaires qui ont été signalées en certains points du système vasculaire.

« La section du grand sympathique accroît la quantité de sang qui traverse dans un temps donné les tissus, et en élève pour cela la température ; ces modifications ne sont pas permanentes. Les inflammations primitives et les altérations trophiques qui, dans quelques cas, se manifestent à la face, ne se produisent que chez les animaux déjà malades. J'ai essayé, à l'exemple de Weber, de provoquer des troubles de nutrition dans les tissus de la face en irritant et en entamant le sympathique, mes tentatives ont échoué D'autres expériences comme celles de Lister sur les filets sympathiques des membres de la grenouille n'ont pu être plus heureuses...

« En supprimant tout influx nerveux dans un membre, on voit survenir presque toujours l'atrophie avec contracture musculaire, et cette atrophie peut coïncider avec un afflux excessif de sang. L'indépendance possible des deux faits prouve qu'il ne faut pas considérer l'un comme la conséquence de l'autre, et l'atrophie comme le résultat de la paralysie des vaso-moteurs.

Les blessures des nerfs, sans division complète, constituent une cause d'irritation capable d'entraîner une contraction des vaisseaux par action directe, ou bien des alternatives de contraction et de dilatation par action réflexe. J'ai vu de nombreux cas de cette espèce, sans avoir pu saisir de pertubations nutritives correspondantes. Parfois alors, mais rarement, les muscles vasculaires d'un membre se rétrécissaient. Alors on voyait la température d'un membre abaissée, l'afflux sanguin diminué pendant des semaines, sans que la nutrition parût en souffrir. Dans d'autres cas, on trouve de profondes altérations de la nutrition, sans altération aucune de la température du membre.....

Dans les maladies du système central, on observe parfois des perturbations sérieuses de la nutrition, sans que les parties ainsi altérées trahissent par aucun signe, par aucun changement de coloration l'atteinte qu'aurait dû subir la circulation.

D'où l'auteur conclut que : « *Le fait du système vaso-moteur dans les troubles de nutrition se bornerait à préparer un terrain favorable pour l'intervention d'autres agents plus directs.* »

Quels sont ces agents ? On connaît la théorie de Samuel sur les nerfs trophiques : d'après cet auteur ceux-ci seraient de deux ordres, les uns, centripètes, conduisent vers les centres des impressions en rapport avec la nutrition; les autres, centrifuges, régulariseraient la nutrition, dont ils pourraient modérer ou exalter les effets. M. Weir Mitchell n'admet pas la vérité de cette théorie, « qui n'a reçu, dit-il, aucune consécration physiologique, et à laquelle les preuves anatomiques font aussi défaut. » Quant aux preuves pathologiques, l'auteur pense que « l'étude des blessures des nerfs n'apporte aucun appui à la théorie des nerfs trophiques. Au contraire, elle fournit des arguments à la théorie d'après laquelle l'irritation des nerfs sensitifs et moteurs serait capable de produire et d'expliquer les désordres de nutrition. » Il rappelle que les névralgies persistantes amènent parfois l'atrophie des muscles, que la nutrition de la peau et des muscles paraît intimement liée à leur activité fonctionnelle, « que, dès lors, il n'est plus besoin d'imaginer une classe spéciale de nerfs destinés à diriger les échanges nutritifs, puisque les nerfs de sensibilité et de mouvement peuvent exercer cette fonction, et propager jusque dans l'extrémité des tissus les actions irritantes auxquelles sont dues les maladies. » Et plus loin : « Quant au mécanisme par lequel une irritation nerveuse ou une paralysie peuvent donner naissance à des inflammations, à des éruptions, ou à des troubles de cet ordre, il devient facile à concevoir, si l'on étudie préalablement les faits relatifs à la secrétion cutanée. Les secrétions de la peau peuvent, en effet, subir toutes sortes de perturbations, augmenter, diminuer, disparaître, devenir excessivement acides et corrosives. *Il est tout à fait évident* que les produits de désassimilation dans les profondeurs des tissus ont éprouvé des altérations correspondantes dans leur quantité et leurs qualités. Ces produits peuvent donc s'accumuler et agir comme poisons sur des régions limitées, et amener les inflammations, les éruptions dont nous avons parlé.

Enfin, les résultats les plus généraux de la section des troncs nerveux, relativement à la nutrition, sont les suivants : atrophie du membre, mais pas nécessairement inflammation; les blessures des nerfs peuvent engendrer un grand nombre de désordres trophiques dans la peau, le tissu cellulaire, les muscles et le système pileux; toutes les altérations nutritives qui succèdent aux maladies de l'organe central peuvent être réalisées par les blessures des nerfs.

Telles sont les conclusions auxquelles s'arrête le docteur Weir Mitchell au sujet des nerfs trophiques. Nous avons cité avec quelque développement les passages relatifs à ce point, afin de ne tronquer en rien les arguments sur lesquels elles s'appuient. Revenons maintenant sur tout cela, et essayons de compléter brièvement cette trop courte discussion.

L'influence que peuvent avoir les vaso-moteurs sur la nutri-

tion des parties ne sauraient être niée absolument, puisque les vaisseaux fournissent les éléments de l'assimilation. Mais il nous semble impossible de leur attribuer une action prépondérante dans les faits d'atrophie et d'hypertrophie.

Aux raisons qu'en donne notre auteur, et qui constituent une série de preuves déjà suffisantes, ajoutons : 1° que les recherches expérimentales de Magendie, Claude Bernard et Schiff sur l'hyperhémie vaso-motrice ont mis hors de doute la nature des changements qui suivent les troubles circulatoires d'origine vaso-motrice ; 2° que la contraction permanente de la couche musculaire des vaisseaux n'a été prouvée dans aucun cas d'atrophie, et cependant ce fait ne saurait être admis d'emblée comme résultante normale des lésions ou blessures des vaso-moteurs, puisqu'il est en contradiction avec les connaissances acquises sur le fonctionnement de ces muscles, ainsi que l'ont prouvé les recherches de Bule, Jaccoud, Morehouse, etc.; 3° les expériences de Ludwig, qui lie l'aorte, découvre la glande sous-maxillaire, et obtient une sécrétion salivaire importante, en excitant la corde du tympan ; 4° les faits pathologiques très-nombreux dans lesquels les vaso-moteurs paraissent désintéressés, tandis que les nerfs mixtes sont atteints. Comment attribuer à la seule influence des vaso-moteurs l'état pathologique décrit par M. Weir Mitchell sous le nom d'*état luisant de la peau*, lequel se limite à la région dans laquelle se distribue le nerf lésé? Que l'on parcoure le chapitre III, consacré à l'étude des *troubles de nutrition* qui succèdent à la blessure des nerfs mixtes, et l'on verra sous quelle avalanche de preuves concluantes succombe forcément la théorie exclusive des nerfs vaso-moteurs.

Dr H. Charvet.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences de Paris. — *Recherches sur l'isomérie dans les matières albuminoïdes*, tel est le titre d'une note de M. Béchamp, qui nous promet un travail très-étendu sur ce sujet si intéressant. Jusqu'ici, on n'a étudié que des mélanges de composés albuminoïdes, tels que le blanc d'œuf. Par la détermination des pouvoirs rotatoires, M. Béchamp a pu isoler et caractériser les composants de ces mélanges, dont il a ensuite déterminé la composition élémentaire. Il a ainsi étudié successivement : 1° le blanc d'œuf de poule, dans lequel il a reconnu trois albumines différentes, toutes trois solubles dans l'eau, l'une d'elles seulement restant soluble après avoir été pré-

cipitée par l'alcool; 2° le jaune d'œuf de poule, qui contient également trois albuminoïdes, dont un, la vitelline, insoluble, tandis que les deux autres sont solubles dans l'eau ; 3° le lait de vache, qui, en outre de sa caséine, contient encore de la lactalbumine et de la lactozymose ; 4° enfin, après avoir réussi à isoler l'albumine du sang à l'état soluble, il a pu également reconnaître que l'albumine du sérum du sang de bœuf était formée de deux principes distincts.

Les résultats de ce travail sont des plus importants, car, en admettant ses conclusions, il n'est plus possible de soutenir qu'un principe unique, combiné ou mélangé avec des substances alcalines ou acides, constitue les matières qu'on appelle albuminoïdes.

— Après avoir recherché quel était le réactif le plus sensible du plomb, et avoir reconnu que c'était l'acide sulfhydrique qui peut, avec certaines précautions, déceler un cent-millième d'un sel soluble, M. Marais étudie l'*action de l'eau sur le plomb laminé*. Il combat l'opinion qu'une petite proportion de sels calcaires, carbonate ou sulfate, suffit pour empêcher toute action dissolvante, ou tout au moins pour la limiter. En mettant en contact des rognures de plomb avec de l'eau potable qui se trouble par l'ébullition, et qui, par conséquent, contient du carbonate de chaux et de l'acide carbonique, on peut constater, au bout de trois jours seulement, la présence d'une fine poussière blanche de carbonate de plomb. L'acide sulfhydrique n'accuse point la présence du plomb dans l'eau transparente qui surnage ; mais, au bout de vingt jours, ce réactif communique à l'eau une teinte appréciable.

— M. A. Naquet commence une suite d'études *sur les effets du chanvre indien* (*haschich*). Parmi les différentes préparations, c'est à la teinture qu'il donne la préférence.

Un premier point intéressant qu'il a remarqué, c'est la variabilité des effets produits par la même dose sur le même individu, suivant le jour où on l'administre.

Parmi les symptômes constants propres au poison, l'auteur, outre des hallucinations très-diverses, signale une tendance aux dissertations grammaticales, aux jeux de mots. *Similia similibus*. Heureux homœopathes ! ils ont là un remède qu'ils trouveront l'occasion d'ordonner souvent. (*Séance du* 29 *décembre*.)

— Cette séance commence par des nominations, et entre autres celle du vice-président, qui sera président en 1875. Il doit être choisi, cette année, dans les sections des sciences physiques. C'est M. Frémy qui est élu par 25 suffrages, contre M. Balard, qui en obtient 20.

Conformément aux statuts, le président sortant, M. de Quatrefages, avant de céder le fauteuil à M. Bertrand, fait connaître à l'Académie les changements arrivés parmi les membres et les correspondants dans le cours de l'année.

Nous allons profiter de l'occasion pour donner quelques détails peu connus et qui nous ont été demandés plusieurs fois sur la composition de l'Académie des sciences, en ce qui concerne particulièrement les sciences médicales.

A l'Institut, les sciences sont divisées en sciences mathématiques et sciences physiques. Chacune de ces deux grandes divisions est subdivisée à son tour, la première en cinq et la seconde en six sections, comprenant chacune six membres, ce qui fait comme total soixante-six membres.

Les sections des sciences physiques sont les suivantes : chimie, — minéralogie, — botanique, — économie rurale, — anatomie et zoologie, — médecine et chirurgie. Ce ne sont que les membres de ces deux dernières sections que nous ayons quelque intérêt à connaître ; les voici dans l'ordre de leur nomination. La section d'anatomie et zoologie est formée de MM. Edwards (Henri-Milne), de Quatrefages de Bréau, Blanchard (Emile), Robin (Ch.), de Lacaze-Duthiers ; il y a une place vide par la mort de M. Coste.

La section de médecine et chirurgie comprend : MM. Andral, Bernard (Cl.), le baron Jules Cloquet, Bouillaud, Sédillot, et un membre à élire pour remplacer M. Nélaton.

Ajoutons que M. Bouley, le vétérinaire, fait partie de la section d'économie rurale.

L'Académie comprend encore deux secrétaires perpétuels hors section, actuellement MM. Elie de Beaumont et Dumas ; des académiciens libres, au nombre de dix, parmi lesquels nous citerons le baron Larrey ; enfin, huit associés étrangers.

Quant aux correspondants, chaque section en possède un nombre variable. Les correspondants dans la section de médecine et chirurgie sont MM. Virchow (Berlin), Bouisson (Montpellier), Ehrmann (Strasbourg), Elie Gintrac (Bordeaux), Rokitanski (Vienne), et Lebert (Breslau). Il y a deux vides à combler.
(Séance du 5 janvier.) C. Kastus.

Académie de médecine de Paris.— M. Tardieu communique le résultat de l'examen auquel il s'est livré avec son collègue, M. Ch. Robin, du monstre double actuellement en exhibition à Paris, et connu sous le nom de Millie-Christine. Originaires de la Caroline du Sud, elles sont issues d'une mulâtresse et d'un Indien.

M. Tardieu et M. Robin ont pu, Millie-Christine étant déshabillées depuis le haut du corps jusqu'aux hanches, faire des observations assez complètes relativement à la conformation des parties extérieures du corps ; mais les deux sœurs se sont absolument refusées à tout examen des organes génitaux.

Les deux sœurs, parfaitement distinctes par les parties supérieures du corps, sont unies intimement au niveau de la partie inférieure et postérieure de la colonne vertébrale. La soudure

n'est pas fournie par une réflexion de la peau, elle est dure et osseuse.

Placées dans la position la plus naturelle, les deux sœurs sont absolument dos à dos ; mais, par suite de l'effort qu'elles ont dû faire, dès leur jeune âge, pour s'incliner l'une vers l'autre, la colonne vertébrale a subi une double incurvation latérale qui a permis à Millie-Christine de se regarder et de s'embrasser.

Il y a deux cœurs séparés qui ne battent pas à l'unisson ; le pouls radial n'est pas isochrone chez les deux sujets. Dans les membres inférieurs, il y a synchronisme absolu des battements artériels.

Les jambes sont bien conformées ; la démarche est facile et gracieuse.

L'innervation présente le même phénomène que la circulation : tandis que, dans les membres supérieurs, la sensibilité est distincte et propre à chacun des deux sujets, dans les membres inférieurs, au contraire, les impressions sont ressenties par les deux sujets à la fois, quelle que soit la partie qui reçoive l'impression.

D'après les renseignements donnés par la sage-femme qui est constamment auprès de Millie-Christine, il paraîtrait que la menstruation, d'ailleurs très-régulière, est une, commençant et finissant à la même époque pour toutes les deux ; il n'y aurait, en un mot, qu'une menstruation et, partant, qu'un utérus unique ; il n'y aurait également qu'un seul orifice vulvaire, un seul vagin, un seul méat urinaire ; l'orifice anal serait pareillement unique.

Chez les deux sœurs, les sensations du besoin de la miction et de la défécation sont toujours simultanées, et les fonctions correspondantes s'accomplissent de même.

M. Broca, qui a eu l'occasion de voir et d'étudier les deux sœurs jumelles, ajoute quelques détails complémentaires : ainsi, les membres inférieurs ne sont pas égaux entre eux, et il existe une différence de 4 à 5 centimètres. La marche peut s'exécuter avec les quatre membres ou avec deux seulement. Christine a une voix de soprano, tandis que Millie a une voix d'alto.

Il est certain que l'anus est unique ; on a sur ce point le témoignage d'un chirurgien américain, Bancroft, qui fut appelé à ouvrir chez Millie-Christine un abcès de la région anale.

Quant au vagin, M. Broca ne croit pas qu'il soit unique. D'après la disposition qui a été observée dans plusieurs cas de monstruosité semblables, il existe généralement deux vagins, deux hymens et deux urèthres s'ouvrant par deux orifices au-dessous des clitoris munis de leur capuchon. Le tout est encadré par une vulve unique formée de deux demi-vulves d'abord séparées, et qui se sont plus tard réunies en une seule. L'utérus est généralement double aussi.

En ce qui concerne la circulation, M. Broca a constaté, comme MM. Tardieu et Ch. Robin, que, distincte dans les parties supé-

rieures du corps, elle est commune dans les parties inférieures.

MM. Marey et Bouillaud déclarent ne pas comprendre la simultanéité du pouls dans les membres inférieurs chez Millie-Christine, même en admettant la fusion des deux aortes ; du moment où il n'y a pas synchronisme dans les battements du cœur, il ne peut y avoir synchronisme dans un département quelconque du système artériel. (*Séance du 17 janvier 1874.*)

VARIÉTÉS.

CAUSERIE E VARIIS.

De l'amaurose torpide foudroyante ; — Du sommeil par éblouissement.

I.

Je tiens d'un confrère la relation du fait qu'on va lire : il a trait à cette infirmité qui a fait dire à Stœber : « Avouons-le, nos ressources médicales sont encore bien insuffisantes contre cette terrible maladie, qui, dans le plus grand nombre des cas, prive l'homme de son bien le plus précieux et le rend à charge à lui-même et à la société (1). » J'ai nommé l'*amaurose*, que Carron du Villard appelait « le tourment des malades et l'opprobre des médecins (2). » Scarpa, Sichel et tous les ophthalmologues en ont dit autant chacun à sa manière. — Je passe à l'observation promise.

Un cultivateur de soixante ans, seul dans un verger éloigné de sa maison, grimpe en haut d'un noyer, et là, s'avançant aussi loin que possible sur les branches assez fortes pour le porter, il gaulait des noix avec une longue perche faite pour cet usage.

Pendant ce travail, voici que tout à coup il se vit entouré de ténèbres épaisses, il ne perçut plus les éclatants rayons du soleil qui lui brûlait les yeux... Si les Indiens « *entendent le silence* », pour lui, *il ne vit pas la nuit*, il n'y vit absolument plus rien, il venait d'être atteint sans causes prédisposantes ni myodipsie, ni photopsie, ni amblyopie, ni rien, d'une cécité complète. — Quelles durent être les pensées de cet homme quand il se vit seul et sans secours, suspendu sur un noir abîme ?..... Je renonce à le peindre.

Le sujet de cette curieuse observation a vécu quatre ans, et il est mort sans avoir jamais revu le jour malgré de nombreux traitements mis en usage dans différents pays et hôpitaux. C'est pour des cas de ce genre que *Maître Jean* a écrit : « C'est rechercher la pierre philosophale que de vouloir chercher des remèdes pour guérir la goutte sereine... Cette maladie est absolument incurable. »

---

(1) *Traité d'ophthalmologie*, 1837.

(2) *Guide pratique pour les maladies des yeux.*

Cette observation m'en rappelle une analogue que m'a contée (il y a bien longtemps, hélas !) un barbier bavard qui me rasait pour la première fois *(intonsa juventus)*.

Un jour, me dit-il, comme j'entrais dans la chambre d'un de mes abonnés, je le vis au lit et nous eûmes cette conversation :

— Seriez-vous malade ?

— Nullement. Mais que venez-vous faire ici à pareille heure ?

— Je viens vous raser.

— Me raser ?... Avant le jour.

— Mais il est neuf heures.

— Neuf heures ?... et il fait grand nuit.

— Monsieur veut plaisanter... il fait grand jour, le soleil inonde sa chambre.... A ces mots, mon client poussa un grand cri.... Il s'était couché clairvoyant, il s'était réveillé aveugle, et il attendait patiemment le jour pour se lever. — J'ignore ou je ne me rappelle pas si ce pauvre malheureux a jamais recouvré la vue.

Les faits de ce genre sont très-rares dans les annales de l'oculistique. — J'ai recueilli un certain nombre de cas de cécités subites, mais toutes avaient une cause appréciable ; ainsi :

Richter rapporte le cas d'une perte complète et foudroyante de la vue sous l'influence d'un violent accès de colère.

Scarpa, pour une blessure au niveau de l'arcade sourcillière.

Demours par l'action de la lumière trop vive sur la rétine (1), ce qu'il explique par éblouissement ou innervation.

Wardrop, *Scarpa* et *M. Pétrequin* citent plusieurs exemples d'amauroses complètes (guéries en un temps plus ou moins long) dues à l'influence de la foudre, etc.

Dans les deux cas inédits cités plus haut, il n'y a eu ni coups directement portés sur la tête, ni insolations, ni tonnere. En sont-ils plus intéressants pour cela ?... Quelle sera leur valeur thérapeutique ?... Je l'ignore. N'auraient-ils que celle d'enrichir la statistique, ce serait déjà assez. Et maintenant, si l'on me demande à quoi servent les statistiques de ce genre, je répondrai avec B. Franklin : « A quoi sert l'enfant qui vient de naître ? »

L'observation suivante — sur un autre sujet — se présente dans les mêmes conditions de... curiosité, mais qui pourrait prévoir sa portée.

II.

Il y a une quinzaine de jours, allant de... à..., je cheminais pédestrement sur une grande route, en compagnie d'un jeune homme aimable, instruit et beau causeur, que je voyais pour la première fois. — Entre autres sujets de conversation, pour égayer la route, il me dit : « . . . . . Il faut que je vous raconte une aventure bien curieuse qui m'est personnelle. J'en ai parlé à

(1) On sait que les Carthaginois aveuglèrent Attilius Regulus en l'exposant les yeux ouverts aux rayons du soleil.— On n'ignore pas non plus que Dionysius, tyran de Syracuse, usait du même supplice en faisant couper les paupières aux coupables avant de les exposer au soleil.

plusieurs médecins et je la répète à tous ceux que je rencontre pour recueillir leur avis... » — Je continue en style indirect :

A l'âge de vingt-deux ans, ce jeune homme demeurait dans sa famille à Saint-Etienne. Grand marcheur qu'il était, il se procura un jour le plaisir d'une grande promenade *extra muros* entre le déjeuner et le dîner. — Au retour, il devait, pour rentrer en ville, longer un vallon dans un chemin étroit et creux, le long d'un ruisseau coulant au pied d'une colline. (Je ne me rappelle pas le nom de ce défilé). — N. B. Il n'avait pris aucune nourriture en route, ni solide ni liquide, et il se portait à merveille.

La veille de ce jour il avait plu beaucoup, et tout le long de ce parcours de huit à dix kilomètres, il dut, pendant deux heures entières, voir couler des flancs de la montagne, et à chaque pas, des filets d'eau parallèles qui scintillaient sous les rayons directs d'un brillant soleil. Impossible de marcher les yeux fermés pour se soustraire à ces cataractes de diamants... Bientôt il éprouva un malaise indéfinissable et surtout une propension progressive et bientôt irrésistible à s'endormir.

Il lui fallut, m'assura-t-il, toute son énergie pour ne pas se coucher en travers du chemin, et, grâce à cette énergie, il put se traîner jusqu'à sa maison, où, malgré l'heure du dîner, il épuisa le reste de ses forces à monter sur son lit, où il s'étendit tout habillé et sans mot dire. — Là il dormit avec le plus grand calme de cinq heures du soir à neuf heures du lendemain matin (pendant seize heures consécutives). — Ma famille, ajouta-t-il, me veilla, étonnée et stupéfaite de ce sommeil insolite, alors que toutes les nuits je ne passais que huit heures dans mon lit. — Il fut fait, paraît-il, quelques tentatives pour me réveiller, mais personne ne crut devoir y employer de grands moyens tant mon sommeil paraissait naturel. Après seize heures, enfin, je me levai *tout habillé*, frais et dispos, et encore plus étonné que les autres de cette infraction à mes habitudes. Je déclare, enfin, qu'avant et après ce jour il ne m'est jamais rien arrivé de semblable. »

Ce fut à mon tour de parler.

— Que vous ont dit les médecins que vous avez entretenus de ce fait ?

— Tous la même chose : j'avais été endormi sous le charme magnétique d'un éblouissement.

— C'est cela même ; mais pour moi il y a mieux encore : votre sommeil n'était pas naturel, l'on n'aurait pas pu vous en tirer facilement ; vous étiez comme endormi par un agent anesthésique, et, sans doute, vous auriez pu supporter insciemment une petite opération de chirurgie. L'analgésie par éblouissement ou *miroitement* est un fait expérimenté, etc.

Je quittai mon interlocuteur la tête grosse de pensées... Plus n'est besoin, m'écriai-je, d'éther, de chloroforme, d'aldéide, d'amylème, etc. Après tout, toutes ces drogues ont bien mérité leur condamnation à mort *de par la loi du talion*. Il s'agit de perfectionner la méthode d'anesthésie par les yeux, et le patient sera endormi *tuto*, *cito*, *jucunde* et GRATIS.

Il ne sera pas nécessaire de conduire les *operandi* à Saint-Etienne pour leur faire suivre le chemin de l'épreuve ; il faudra, au contraire, faire défiler ce chemin (en petit, s'entend) devant leur lit de douleur, et pour cela faire, j'ai imaginé un petit tableau à fond noir émaillé de paillettes d'argent, lequel fond serait disposé sur une toile sans fin mise en mouvement par

une manivelle entraînant tout le système de haut en bas, pour simuler une cascade et forcer les paupières du patient qui la fixe à en faire autant (Voir la fig. I). Le mieux serait d'y adapter un ressort d'horlogerie comme aux miroirs pour la chasse aux alouettes.

Mon *miroir dormitif* figurera très-bien entre ceux d'Archimède et de Nysten, avec un avantage sur ces derniers, qui ne servent qu'à donner la mort ou à la constater.

Renvoi aux maîtres en chirurgie.

D[r] C. BARBIER, à Saint-Symphorien-de-Lay.

NOUVELLES LOCALES ET DIVERSES

La séance publique annuelle de la Société nationale de médecine de Lyon aura lieu le lundi 2 février 1874, à sept heures très-précises du soir, au palais Saint-Pierre.

Voici l'ordre du jour :

1° Discours de M. le docteur DESGRANGES, président ;

2° Questions mises au concours par la Société :

Sur les maladies virulentes ; rapport par M. le docteur RODET ;

Sur les cimetières ; rapport par M. le docteur FONTERET ;

3° Notice historique sur le docteur Baumès, par M. le docteur DIDAY, secrétaire général ;

4° Rapport annuel de la Commission de vaccine, par M. le D[r] PERROUD, secrétaire de la Commission.

— Le docteur Louis Rivaud-Landrau, une des personnalités les plus en relief du corps médical, est mort après une courte et cruelle maladie, à l'âge de cinquante-six ans. Pendant toute sa carrière médicale, fort militante et commencée de fort bonne heure, notre confrère s'était occupé exclusivement d'oculistique. Très-versé et très-habile dans cette spécialité, autrefois si peu connue et aujourd'hui si vulgarisée, Rivaud-Landrau avait conquis à Lyon et au loin une grande réputation. N'ayant pas d'hôpital, ce théâtre indispensable pour se faire la main, surtout dans la chirurgie oculaire, il en avait créé un sous forme de dispensaire, toujours achalandé par un grand nombre de pensionnaires ou d'externes. Parmi ces derniers se trouvaient beaucoup de malheureux qui ne se retiraient jamais sans un bon conseil et un accueil affectueux. Il faut dire à la louange de Rivaud-Landrau, qu'il fut de ceux qui, en province, contribuèrent le plus à substituer la dignité professionnelle au caractère interlope de l'oculiste, lequel, à peu près partout, savait, comme le dentiste, se passer de diplôme, et cachait sous son étiquette le commerce des lunettes et des yeux artificiels. Cette haute délicatesse du docteur Rivaud, jointe à l'aménité de son caractère et à l'affabilité de ses manières, lui permit d'entrer en relation avec ses confrères médecins et chirurgiens et de s'y maintenir.

Quoique contenu par la plus absorbante des professions, notre confrère

trouvait encore du temps pour s'occuper de politique. C'est du reste une disposition particulière aux Français de rechercher l'occasion de gouverner leurs semblables et de gérer les affaires publiques. En Amérique, où l'on ne parle, dit-on, que quand on a quelque chose à dire et où l'on considère le temps comme l'étoffe dont la vie est faite, on laisse cette besogne ingrate et souvent ruineuse à des gens qui en font métier, aux *politicians*. Ne blâmons pas le docteur Rivaud de s'être égaré à deux reprises dans ce domaine sans limites, puisqu'il y trouvait son plaisir et qu'il a pu y être utile. Modéré dans son opinion et obligeant par goût comme le docteur J.-L. Hénon, il a rendu de réels services au comité exécutif, en 1848, et dans l'organisation du service médical de la garde nationale en 1870. Il s'acquitta de cette dernière mission avec le plus grand zèle, et s'il fit une part trop grande au costume, il sut fort bien choisir dans le recrutement du nombreux personnel qu'il eut à désigner à l'autorité. Les noms honorables qu'il proposa furent ratifiés par l'opinion publique, toujours très-frondeuse, comme on sait, dans ces temps troublés, où chacun croit être l'égal de son supérieur et le supérieur de ses égaux.

— Par arrêté du préfet du Rhône, en date du 21 janvier 1874, le service sanitaire de la ville de Lyon a été réorganisé, et le nombre des médecins ramené à six. Les membres de l'ancienne commission médicale de ce service, qui avaient été nommés par arrêté préfectoral du 26 juillet 1867 et renversés le 4 septembre 1870, ont presque tous été réintégrés dans leurs fonctions. — Nous aurons, et très-prochainement, à revenir sur ce sujet.

— Par arrêté du Conseil d'administration des hospices civils de Lyon, M. le docteur Chadebec a été nommé médecin titulaire de l'hospice de la Guillotière; M. le docteur Guillaud a été nommé médecin suppléant. Il est à regretter que le service de ces établissements, englobés dans la circonscription lyonnaise, ne soit pas compris dans le roulement général des médecins des hôpitaux.

— Dans sa séance du 6 décembre 1873, la Société de pharmacie de Lyon a procédé au renouvellement de son bureau; l'ancien bureau a été maintenu en entier et se trouve ainsi composé pour l'année 1874 : Président, M. Rieaux; vice-président, M. Vidal; secrétaire général, M. Patel; trésorier, M. Prince; archiviste, M. Grange.

Dans la séance du 30 décembre, ont été nommés membres de la Commission des abus MM. Maury, Valendru, Patel, Abonnel et Santena.

La Société de pharmacie rappelle à MM. les pharmaciens que le bureau de placement fonctionne toujours; M. Rieaux, rue Saint-Jean, est chargé de ce soin. MM. les pharmaciens sont priés de vouloir bien avertir M. le délégué de l'entrée et de la sortie de leurs élèves.

— Par décret du 17 janvier, les professeurs adjoints sont supprimés dans les écoles supérieures de pharmacie.

Ceux de ces fonctionnaires qui sont actuellement en exercice prennent la qualité de professeurs titulaires et en touchent le traitement.

— Un quincailler de Verdun a succombé à un empoisonnement par un sel de baryte, délivré par un pharmacien à la place du sulfovinate de soude

qui avait été prescrit. Le sel toxique avait été expédié de l'usine Carthelay (Paris), en même temps que du sulfovinate de soude, par le préparateur Coneffin, qui s'était trompé d'étiquette. Le pharmacien de Verdun n'avait pas vérifié la nature des substances. Le chef d'usine, le préparateur et le pharmacien ont été condamnés par le tribunal correctionnel de Verdun à des peines d'amende, puis par le tribunal civil à 8,000 francs d'indemnité envers la veuve et la fille mineure du défunt. Sur l'appel de la veuve, la Cour de Nancy a attribué 7,000 francs à la veuve et 14,000 francs à la fille.

— Le choléra continue à sévir à Munich, où il a fait plus de 1,000 victimes depuis le commencement de l'épidémie.

Le fléau asiatique vient de faire son apparition à Rotterdam. Une quarantaine a été ordonnée dans tous les ports d'Angleterre, d'Irlande et d'Ecosse pour tous les navires venant de cette ville.

— Une dépêche de New-York annonce la mort des deux frères Siamois, morts à quelques heures de distance l'un de l'autre.

— M. Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère, a laissé à la Société de chirurgie de Paris une rente annuelle de 1,000 francs pour décerner, tous les deux ans, un prix de 2,000 francs qui portera le nom de Gerdy.

Mme Huguier a donné à la Société 1,000 francs de rente, en mémoire de son époux, le docteur Huguier.

— Par décret en date du 12 janvier, il est créé une chaire de thérapeutique dans les Ecoles de médecine d'Angers et de Rennes.

— Le concours pour l'agrégation à l'Ecole du Val-de-Grâce s'est terminé par la nomination de MM. Lereboulet, pour la clinique médicale ; Pingaud, pour la clinique chirurgicale ; Laccassagne, pour l'hygiène et la médecine légale militaire, et Laveron, pour les maladies et les épidémies des armées.

— Dans le rapport fait au nom de la commission du budget chargée d'examiner le projet de loi sur les patentes, les docteurs en médecine, en chirurgie et les chirurgiens dentistes seront assujettis au droit proportionnel du dixième de la valeur locative.

— Le tribunal de Rambouillet a condamné dernièrement la femme Boulanger, nourrice dans la commune d'Ablis, à six mois de prison pour négligence et défaut de soins envers un nourrisson. Il a été reconnu par l'autopsie que le pauvre petit était mort de faim.

En portant ce jugement à la connaissance de la préfecture de police, M. le procureur de la République de Rambouillet a émis le vœu que l'on donnât la plus grande publicité possible à cette condamnation.

— Par suite de la mort du docteur Vidart, la direction médicale de l'établissement hydrothérapique de Divonne est confiée au docteur Jules de Langenhagen, que notre cher confrère Vidart avait déjà appelé auprès de lui pour l'associer à la direction de son établissement.

MÉTÉOROLOGIE. — MALADIES RÉGNANTES. — DÉCÈS.

JANVIER.	THERMOMÈTRE. Minim.	THERMOMÈTRE. Maxim.	BAROMÈTRE 9 h. matin	HYGROMÈTRE.	PLUVIOMÈTRE. mm	ÉVAPORATION.	VENTS.	ÉTAT DU CIEL.	OZONE.	DÉCÈS.
12	+ 1.6	+ 9.9	757	0.84	»	0.6	N.E.	Brouillard	0	27
13	+ 2.0	+ 8.6	750	1.87	»	0.4	N.O.	Couv.	0	22
14	+ 3.2	+ 6.4	751	0.95	0.1	0.6	S.E.	—	0	19
15	— 1.7	+ 5.6	751	0.95	0.1	0.4	N.E.	—	0	16
16	— 0.8	+ 10 9	743	0.84	»	0.7	—	—	0	23
17	+ 5.2	+ 11.2	741	0.85	1.5	1.3	O.	—	5	25
18	+ 1.3	+ 6.1	747	0.72	4.5	0.8	N.O.	Beau.	7	21
19	+ 0.0	+ 4 8	747	0.84	»	1.4	N.E.	Brouillard	0	17
20	+ 1.2	+ 7.6	750	0.85	»	1.2	—	—	0	24
21	+ 2.6	+ 10.9	750	0.95	»	0.8	—	—	0	27
22	+ 1.5	+ 9.9	755	0.93	0.1	0.6	S.O.	—	0	27
23	+ 3.1	+ 9.0	755	0.93	0.1	0.3	N.O.	—	0	26
24	+ 4.0	+ 8.4	755	0.90	0.1	0.3	S.O.	—	5	24
25	+ 5.5	+ 10.4	751	0.79	»	1.8	N.O.	Couv.	0	27

L'état médical régnant n'a pas subi de modification depuis la quinzaine dernière ; les localisations pulmonaires sont toujours les plus fréquentes.

Les bronchites figurent par leur fréquence au premier rang parmi les maladies en règne ; beaucoup compliquent soit des tubercules soit des empyèmes pulmonaires. Les pneumonies paraissent augmenter légèrement de nombre.

Quelques rhumatismes subaigus et quelques névralgies rhumatismales.

Les fièvres typhoïdes tendent de plus en plus à disparaître de la scène ; les fièvres éruptives deviennent plus fréquentes. Toujours beaucoup de varicelles, mais pas de variole.

Les rougeoles méritent aussi une mention, ainsi que les coqueluches.

Encore quelques congestions cérébrales apoplectiformes, surtout chez les vieillards.

La fièvre aphtheuse règne depuis quelques semaines sur le gros bétail dans nos campagnes environnantes.

Le bulletin des causes de décès pour Lyon, du 12 janvier au 25 janvier 1874 (deux semaines), donne les résultats suivants :

Variole, 1 ; — Scarlatine, 0 ; — Rougeole, 1 ; — Fièvres continues, 4 (typhoïde, 4 ; muqueuse, 0 ; catarrhale, 0) ; — Érysipèle, 1 ; — Bronchite aiguë, 11 ; — Pneumonie. 23 ; — Pleurésie, 0 ; -- Dyssenterie, 0 ; Diarrhée, 8 ; — Cholérine, 0 ; — Choléra, 0 ; — Angine couenneuse, 1 ; Croup, 1 ; — Affections puerpérales, 2 ; — Affections cérébrales, 63 ; — Maladies du cœur, 21 ; — Phthisie, 52 ; — Catarrhe pulmonaire, 34 ; — Autres maladies aiguës, 31 ; — Autres maladies chroniques, 47 ; — Affections chirurgicales, 22 ; — Causes accidentelles, 1 ; — Total : 325 — Mort-nés, 37.

Le président du Comité de rédaction, **P. DIDAY.**

Le Gérant, **J. ICARD.**

Lyon. — Imp. Aimé Vingtrinier.

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON EN 1873.
DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL (1).

I.

Dans les œuvres d'Horace, il est une pièce choisie qui revient naturellement à la mémoire chaque fois que finit une période de temps ; c'est l'ode que le poète adresse à son ami Posthume, sur la fuite rapide des années, sur la loi inéluctable qui amène les rides, la vieillesse et la mort. En vain, dit-il, chercheriez vous à fléchir l'inexorable Pluton par une triple hécatombe immolée chaque jour, en vain fuiriez-vous les combats, seriez-vous à l'abri des tempêtes de l'Adriatique, éviteriez-vous l'influence nuisible des vents d'automne, il vous faudra quitter la terre, la maison, la famille, et de tous les arbres que vous cultivez un seul vous suivra : le funèbre cyprès.

Ces doléances dictées par le souvenir des jours écoulés, vous me pardonnerez, Messieurs, de vous les rappeler aujourd'hui que j'arrive au terme de ma présidence ; elle a duré deux ans, et je la croyais à peine commencée ; je me voyais au lendemain de la douce habitude de marcher à votre tête, et déjà l'heure sonne qui m'annonce le moment de résigner mes fonctions. Pourquoi ces longs mois ont-ils passé si vite ? Pourquoi leur durée paraît-elle si courte ? C'est grâce à la cordialité qui régnait dans nos réunions, ajoutant à l'attrait de la science le charme de la bonne confraternité. J'ai été touché de l'honneur que vous avez daigné me faire ; je ne saurais assez dire combien je suis reconnaissant des égards dont vous m'avez entouré.

Je vais céder la place à notre excellent collègue M. le docteur Girin, qui dirigera vos travaux avec l'autorité que donne le savoir médical et l'expérience des hommes, avec cette urbanité qui le distingue et lui mérite de nombreuses et vives sympathies.

II.

Dans le cours de cette année, Messieurs, la mort a frappé

(1) Lu à la séance publique annuelle de la Société de médecine de Lyon, le 2 février 1874.

l'un de nous, plongeant dans le deuil une famille, notre Société et de nombreux amis.

Le docteur Jacques Bonnet s'est éteint subitement après une vie bien remplie, éclairée par quelques joies, mais traversée par des ennuis et des souffrances.

Ses études classiques furent brillantes ; déjà se révélait en lui une intelligence prédisposée à la carrière scientifique.

Une fois élève en médecine, Bonnet se fit remarquer par son amour du travail et son assiduité aux leçons ; il n'appartenait point à cette classe d'esprits frondeurs et suffisants qui, dès la troisième inscription, se croient habiles à critiquer un maître et à se diriger par leurs propres lumières. Aussi fut-il récompensé de ses efforts en obtenant le prix de chirurgie de l'Ecole et le deuxième rang au concours de l'internat des hôpitaux de Lyon. Sur ce théâtre des misères humaines, il se distingua par une grande douceur et une inaltérable bonté ; aimé de ses chefs, recherché de ses camarades, estimé du personnel, il était béni par ceux qui recevaient ses soins.

N'est-il pas regrettable qu'une nature si bien douée ait eu ses faiblesses ? Bonnet, timide, prompt à s'émouvoir, redouta les concours et ne put prendre rang au sein de cette phalange d'élite qui, dans les hôpitaux, sait unir étroitement la science à la charité. Heureusement qu'un autre asile devait lui ouvrir ses portes et lui permettre de déployer ses qualités en face de la perversité humaine. Médecin des prisons, Bonnet se montra homme de cœur, plein de délicatesse, capable d'allier la dignité du caractère à la perspicacité de l'esprit ; si bien qu'il conquit l'estime et l'affection des autorités pénitentiaires en même temps que la reconnaissance des condamnés.

La Société de médecine accueillit Bonnet en 1863 ; elle le nomma secrétaire adjoint, fonction qui permit d'apprécier son talent d'écrivain judicieux et élégant. L'association des médecins du Rhône le maintint quatre ans au bureau avec le titre de secrétaire général, admirant à chaque assemblée annuelle la tournure neuve qu'il savait donner à des comptes-rendus ordinairement monotones par l'uniformité des sujets.

La période des épreuves devait être longue et accablante pour notre confrère ; elle commença par la mort d'une fille emportée à l'âge de quinze ans, et se prolongea par l'évolution de deux

anévrysmes poplités, observés à deux ans d'intervalle. (*Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 514; 1874, p. 10 et 27.)

Qui pourrait dire les angoisses du médecin qui se voit affecté de cette maladie; il calcule les chances, connaît les dangers, envisage la série des opérations qui doivent se succéder, suivant la résistance du mal, et alors quoi de plus naturel qu'il éprouve un sentiment de crainte. Bonnet fut donc vivement impressionné par la découverte de son premier anévrysme; mais, bientôt revenu à lui-même, rien ne saurait égaler la patience, la résignation dont il donna les preuves. Une fois commencé le traitement par la compression digitale et la flexion du membre, son courage contre la douleur ne se démentit pas un instant, et, vers le treizième jour, la guérison fut complète. Nous étions en 1869; le membre gauche était malade, et voilà que le membre droit, en 1871, présente la même maladie. Mêmes épreuves pour le patient; traitement analogue; guérison identique; mais, par une sorte de fatalité attachée à la période bisannuelle, Bonnet mourait en quelques minutes, le 14 août 1873.

Ce fut surtout dans les temps malheureux que Bonnet révéla sa belle âme; même au milieu des souffrances, il conservait sa sérénité; le sourire demeurait sur ses lèvres; les témoignages de sa reconnaissance étaient inépuisables.

Il fallait qu'il fût aimé et estimé comme il l'était pour que, deux fois, un immense concours de docteurs et d'internes permît d'instituer un traitement qui exige un personnel nombreux. Tous les jours, à l'heure convenue, chacun était à son poste, travaillant avec ardeur, épiant les chances heureuses du succès, jusqu'au moment où la bonne nouvelle vint effacer l'anxiété de tous. J'ai vu deux fois cet élan qui honore autant ceux qui en donnaient l'exemple que celui qui en était l'objet.

Mais voici le jour des funérailles. La foule, nombreuse et recueillie, se rappelle cette figure bonne, cette intelligence inaccessible aux mauvaises doctrines, ce caractère bienveillant jusqu'au dévoûment sans limites, jusqu'à l'abnégation oublieuse des exigences de l'avenir. La tristesse est générale parce qu'un homme de cœur a succombé; l'hommage rendu à sa mémoire est universel, car, dans le passé, on ne voit de place que pour l'éloge. Cette carrière si honorablement parcourue, bien que resserrée dans un champ modeste, est jugée digne, par tous, de servir de modèle. (*Lyon Médical*, t. XIII, p. 587.)

III.

Les vides faits dans nos rangs ont été heureusement comblés par la nomination de MM. Laroyenne et Létiévant en qualité de membres titulaires. Leur candidature, favorablement accueillie, se recommandait autant par les qualités personnelles que par de hautes fonctions hospitalières. Le chirurgien en chef de la Charité et le futur chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, en nous apportant les faits de leur pratique, donneront de l'attrait à nos réunions et feront briller d'un nouvel éclat leurs noms connus dans la science : le premier, à la suite de publications d'une valeur réelle ; le second, à l'occasion du remarquable *Traité des sections nerveuses*. J'adresse cordialement le compliment de bienvenue à nos nouveaux collègues ; heureux que je suis de les voir en position de soutenir la renommée de la médecine lyonnaise et d'exercer, sur la jeune famille médicale, une heureuse influence.

Je me reprocherais d'oublier nos derniers correspondants élus, MM. Alix, Alvin, Bedoin, Bírgham et Colin, dignes par leurs travaux de nous appartenir, et de former avec nous un faisceau scientifique et confraternel.

IV.

Je ne puis ici, Messieurs, faire un compte-rendu des travaux de notre compagnie ; ils sont publiés pour la plupart, entrés, par conséquent, dans le domaine public. En outre, les procès-verbaux de nos réunions étant régulièrement insérés dans le *Lyon Médical*, notre vie intellectuelle est donc tout entière connue et jugée. Qu'il me suffise de rappeler que les sujets les plus variés ont attiré notre attention ; que nous avons tour à tour discuté : — En *chirurgie*, l'extraction linéaire, l'uréthrotomie externe, le traitement des anévrysmes, la méthode hémostatique d'Esmarch ; — En *obstétrique*, les suites de couches ; — En *médecine*, les éruptions cutanées développées sous l'influence du système nerveux, la syphilis dans ses rapports avec le mariage, la viabilité des enfants nouveau-nés, l'agoraphobie, un parallèle des enfants trouvés à Lyon et à Moscou et la régénération sociale par la mère. A cet énoncé, ajoutons encore des lectures sur les eaux minérales, une dissertation sur le tænia médiocanellata et une étude relative à l'utilité d'un codex universel.

Je rappelerai les efforts incessants de la *Commission perma-*

nente de vaccine pour étendre et perfectionner ce moyen prophylactique, le meilleur, jusqu'ici, qui soit à notre disposition contre les ravages de la variole épidémique.

Je signalerai pareillement la *Commission des maladies régnantes*, toujours vigilante à suivre la santé publique dans ses alternatives bonnes et mauvaises.

Enfin, me sera-t-il permis de faire connaître que la Société de bienfaisance constituée en faveur des Alsaciens-Lorrains nous a trouvés accessibles à sa demande, et que, sur notre modeste budget, nous avons prélevé une offrande destinée à secourir des infortunes causées par la séparation de deux provinces ; séparation dont le souvenir provoque toujours un douloureux tressaillement...

V.

La Société ne se borne point à entendre les travaux qui lui sont communiqués par ses membres ; elle fait appel à tous les hommes de labeur et admet à prendre la parole ceux qui lui en font la demande ; c'est ainsi que plusieurs fois elle a eu la primeur de recherches intéressantes.

Est-ce tout ? Non, Messieurs. Notre compagnie s'efforce d'agir bien au-delà de son enceinte ; et dans ce but, tous les deux ans, elle ouvre un concours sur deux questions de son choix : l'une, d'intérêt local ; l'autre, prise dans une branche quelconque des sciences médicales.

Cette année, le premier sujet proposé est relatif aux cimetières; affaire délicate, sur laquelle on ne saurait appeler trop de lumières, ni provoquer trop d'écrits, puisqu'elle s'impose à notre ville, à raison de l'exiguité des champs mortuaires actuels et de la nécessité d'en créer d'autres, sans enfreindre les lois de l'hygiène ni méconnaître les droits légitimes que pourrait léser une création de cette nature. Le débat a été soulevé plusieurs fois sans aboutir à une solution complètement satisfaisante ; porté devant le Conseil d'hygiène et devant la Société de médecine, il a eu pour conséquence l'ajournement d'un premier projet gros d'inconvénients.

Le problème est-il résolu par le concours dont vous allez connaître le résultat ? Je n'ose le promettre. Mais je m'arrête, pour ne point empiéter sur le rapport qui vous sera soumis.

L'autre sujet, laissé au choix des compétiteurs dans le cadre

des maladies virulentes, a valu deux réponses à notre appel : l'une, sur la variole ; l'autre, sur la tuberculose. Le rapporteur fera ressortir le mérite particulier de chaque mémoire, sans crainte d'en laisser voir les imperfections. Peut-être étions-nous en droit d'attendre mieux et davantage? Quoi qu'il en soit, félicitons-nous d'avoir stimulé les travailleurs et contribué à la production de deux œuvres de mérite.

VI.

Par suite de circonstances que je n'ai point à expliquer ici, la Société a dû prendre part au concours institué pour une place de professeur suppléant à l'Ecole de médecine. Le vice-président de notre compagnie a reçu de M. le Ministre de l'instruction publique le mandat d'assister aux épreuves, en qualité de juré. Mais, hélas! tout n'a pas été bonheur pour nous dans cette innovation.

La critique ardente, juvénile, a ouvert une campagne contre le concours, prenant à partie programme, jury, candidat élu, Ecole, Inspecteur général ; elle a couru sus à tous ceux qui, de près ou de loin, avaient secondé un projet conçu en vue de répondre aux tendances actuelles. Dans ses prétentions singulières, elle se plaçait si haut qu'elle ne voyait que faiblesses dans les actes accomplis ; elle se croyait si pure que tout lui semblait entaché d'indélicatesse ; et, comme toujours, dans une attitude superbe, elle posait pour la défense de la justice et de la vérité. — Par malheur, elle oubliait ou feignait d'oublier, que *la justice commande de ne jamais accuser sans preuves ;* que *la vérité impose de revenir sur ses pas quand on s'est engagé dans la voie de l'erreur.*

Le concours, je le reconnais, est un excellent moyen de discerner la valeur personnelle et de donner accès au plus méritant; mais, à l'égal des meilleures choses, il n'en faut point abuser.

Les hommes de notre âge ont vu la grande floraison du concours ; ils ont assisté à ces luttes académiques où la mémoire est l'arme principale ; ils pourraient dire combien d'athlètes sont tombés dans l'arène, meurtris, découragés : les uns morts à la peine, d'autres rivés à une vie étroite aux prises avec la gêne, d'autres avec la seule notoriété que donnent des thèses faites à la hâte, d'autres enfin n'ayant produit des œuvres magistrales qu'après avoir secoué les entraves d'une préparation incessante.

D'ailleurs, quiconque veut parler de concours ne doit point

assimiler les institutions universitaires aux administrations hospitalières : celles-ci jouissent d'une somme d'autorité qui leur permet d'agir directement, tandis que les premières ne peuvent se mouvoir que dans le cercle étroit tracé pour elles par des règlements particuliers ; à tel point que les nominations aux emplois les plus modestes peuvent rester indéfiniment suspendues, faute d'autorisation émanant du pouvoir central.

L'enseignement de la médecine dans les *Ecoles préparatoires* est si gêné dans son essor, si complètement subordonné aux vues de l'inspecteur général que, malgré soi, l'on arrive à désirer que les inconvénients originels de l'*Université de France* disparaissent dans la multiplicité des *Universités provinciales*, à l'imitation de ce qui existe au-delà du Rhin.

La centralisation absolue qui règne en France fait de notre pays l'antipode de l'Allemagne, dit M. Jaccoud, dans un rapport à M. le Ministre de l'instruction publique. « Paris absorbe tout, il semble vraiment qu'en dehors du rayonnement de ce centre lumineux tout devienne obscurité ; il semble que la science, n'ayant plus de raison d'être, doive dès lors cesser d'exister. » (Jaccoud. *De l'organisation des Facultés de médecine en Allemagne*. p. 29.)

Les *Universités provinciales* utiliseraient les forces vives du pays, au lieu d'en laisser une grande somme improductive ; elles feraient jaillir l'instruction de plusieurs centres à la fois et retiendraient dans de grandes villes cette foule d'élèves attirés vers Paris par l'attrait du plaisir autant que par l'amour de la science ; d'où cette pléthore qui nuit à l'avancement des études par l'insuffisance relative des instruments de travail.

§ I. — Est-ce à dire qu'il fallût reconstituer d'un seul coup les vingt-trois Universités qui existaient, chez nous, avant 1789? Nullement. La prudence commanderait, au contraire, de commencer par un nombre restreint de fondations, *cinq* ou *six* au plus, afin d'apprécier leur vitalité et de soutenir leurs débuts. Dans ces limites, le nombre des villes sollicitant une Université dépasserait de beaucoup les besoins ; on serait sûr de ne pas être embarrassé par le choix de centres bien placés : on pourrait compter sur les plus larges sacrifices, en vue d'arriver à une installation convenable.

§ II. — Chaque *Université* devrait être *complète*, c'est-à-dire formée par l'ensemble des *cinq Facultés* qui représentent chez

nous le haut enseignement. Point d'exclusion, point de système; lorsqu'il s'agit de grandes œuvres, il faut appeler toutes les lumières, réclamer tous les efforts; à ce prix seulement le succès est assuré.

Les diverses Facultés se soutiennent mutuellement: L'étudiant en droit fréquente la Faculté des lettres; l'élève en médecine est l'auditeur obligé de la Faculté des sciences; mélange de catégories dont la conséquence est d'augmenter le public des cours et d'élever le niveau de l'enseignement. Ne demandez pas à un professeur qui parle devant des banquettes vides le même entrain que s'il s'adressait à une salle comble. Entre celui qui enseigne et ceux qui écoutent, il s'établit un courant réciproque qui les unit et les soutient. Si, d'une part, le maître attire par la science et la méthode, les élèves, d'un autre côté, par leur nombre et leur assiduité, encouragent les efforts et réchauffent le zèle dont ils sont l'objet.

Croire une Faculté isolée susceptible d'une vitalité robuste, en attendre des services importants, ce serait se bercer d'un espoir qui aboutirait infailliblement à une déception.

Ici, comme partout, l'union fait la force.

§ III. — Les *Universités* devraient avoir la *personnalité civile*; jouir, à ce titre, de tous les droits concédés aux établissements reconnus d'utilité publique; recevoir des dons, des legs; administrer leurs fortunes particulières sous la surveillance de l'Etat, d'après les lois qui régissent la matière; semblables, en cela, aux administrations hospitalières, qui, sous l'égide de l'autorité administrative, gèrent le bien des pauvres avec autant de sagesse que d'abnégation. Ainsi constituées, les *Universités* recevraient des dotations comme les hôpitaux, car s'il est des hommes que touchent les misères physiques, il en est d'autres que préoccupe l'avancement intellectuel et moral.

Dans l'état actuel des choses, je le demande, comment s'y prendrait un bienfaiteur pour faire profiter de sa fortune l'enseignement supérieur? Choisirait-il pour légataire une Faculté? Elle est inhabile à recevoir. L'Etat? On ne donne pas au gouvernement, la ressource qu'il a de faire voter des impôts est jugée suffisante. Aux villes? On n'y songe que pour les institutions municipales. Voilà comment l'*Université de France*, parce qu'elle est institution d'Etat, n'a pas de fortune propre et demande au budget les ressources qui lui sont nécessaires. Combien j'envie le sort des

Universités de Greifswald, en Prusse, et de Leipzig, en Saxe, assez riches pour couvrir leurs dépenses par leurs revenus propres; combien je souhaite, pour notre pays, la constitution de *fonds universitaires* inaliénables... Où en serions-nous si l'Assistance publique ne possédait pas une fortune considérable? Si la bienfaisance privée ne lui était venue en aide depuis des siècles? Quelle charge pour le budget! quelle pénurie dans la distribution des secours! que de maux soulagés qui seraient laissés à l'écart! Plus le courant qui s'est dirigé vers les asiles des pauvres est admirable, plus il est permis de supposer qu'un courant analogue affluerait vers les établissements qui relèvent l'homme moral par la culture de l'esprit.....

§ IV. — Empruntons aux Germains, dans une ceraine mesure, l'*autonomie* des *Universités*..... Je ne demande point la résurrection des droits et priviléges qui constituaient les puissantes corporations d'un autre âge; il ne s'agit dans ma pensée que d'une certaine liberté d'action sous les yeux de l'Etat.

Nos Facultés, simples rouages d'une grande machine, ne peuvent que transmettre l'impulsion qu'elle reçoivent du moteur central. Plus heureuses, les Universités allemandes ont une vitalité propre qui les fait rivaliser de zèle, d'activité pour renforcer l'enseignement, donner de l'éclat au personnel et attirer un grand nombre d'élèves. Elles se disputent les célébrités au point que tout homme laborieux et bien doué peut espérer de passer d'une position relativement modeste à un poste de premier ordre. Tel professeur va de Zurich à Vienne; tel autre débute à Wurzbourg qui finit à Berlin.

Chez nous, loin de là, les Facultés de médecine sont des champs clos dans lesquels, sauf de très-rares exceptions, le professeur doit naître, vivre et mourir.

§ V. — Le *traitement* du professeur allemand a trois origines distinctes: « 1° Les émoluments fixes payés des deniers de l'Etat ou de l'Université, si elle est assez riche; 2° les revenus variables provenant des droits perçus par la Faculté sur les élèves; 3° le payement des cours. » (Jaccoud, *loc. cit.*, p. 65.)

De la sorte, le professeur se trouve, d'une part, matériellement associé à la prospérité et à l'agrandissement de la Faculté, puisqu'une fraction des droits perçus lui est attribée; d'autre part, il est directement intéressé au succès de son enseignement, par les revenus qu'il retire du payement de ses cours.

En outre, un cours payé par les élèves est suivi plus assidûment qu'un cours gratuit. L'expérience est faite sur ce point, inutile d'y insister. La simple réflexion, d'ailleurs, amène à comprendre qu'en l'absence de tout lien entre le maître et l'élève, celui-ci, sous le plus léger prétexte, se relâche de son exactitude et finit par se persuader qu'en lisant les auteurs, il fera autant et plus de progrès qu'en écoutant une leçon, si bien faite qu'elle soit.

Par conséquent tout ce qui rapproche le maître de l'élève doit être considéré comme un moyen précieux, surtout quand il serait possible, à l'aide de certaines combinaisons, d'arriver au but cherché sans aggraver les charges des familles.

§ VI. — *Une lacune bien regrettable dans le haut enseignement* résulte, suivant moi, de l'absence de règlement qui donne aux Facultés une *autorité disciplinaire.*

Est-il rationnel qu'un étudiant, soumis quelques mois auparavant à la règle du lycée, passe brusquement à la libre distribution de son temps, que tout lui soit permis, sans autres barrières que celles du droit commun ? Quelle différence entre lui et les jeunes gens qui suivent les carrières officielles : dans les écoles du gouvernement, le régime est sévère et toute infraction subit sa peine. Aussi l'instruction y suit-elle une marche progressive, et les positions arrivent-elles à jour fixe, à la manière d'une inconnue dégagée d'une équation bien posée. L'absence de tout frein scolaire est certainement la principale cause de ces agitations qui troublent de temps en temps la paix des Facultés. Une occasion fortuite, un prétexte futile peut en fournir le germe. Un examinateur sévère aura sa manifestation ; un doyen tombera en cherchant à constituer les élèves en association philanthropique ; un nouveau professeur devra prendre la note de son discours d'ouverture dans les fantaisies de son jeune auditoire, sous peine d'affronter la tempête que soulèvera sa fermeté à suivre ses convictions dans l'exposé des doctrines. Ne dirait-on pas que la popularité ne puisse être obtenue qu'aux prix d'une condescendance passive, et qu'il faille accepter comme une nécessité du jour que le courant de l'opinion remonte à contre-sens, au lieu de suivre sa pente naturelle.

Et, si le trouble se prolonge et se généralise, quel parti prendra la Faculté ? Oh ! alors, impuissante à maîtriser l'orage et dépourvue de sanction pénale, vous la verrez se *replier en bon*

ordre ; en d'autres termes, fermer ses portes, obligée d'atteindre la masse des travailleurs pour frapper une minorité turbulente.

Je n'ignore point que le Ministre, il y a quelques années, punit sévèrement deux orateurs du Congrès des étudiants en Belgique, lesquels, par leurs discours ardents, avaient obtenu de la docte assemblée, par un vote solennel, la *suppression de Dieu ;* mais ces coups de vigueur, en face d'un scandale public, sont tout à fait exceptionnels et ne répondent pas aux besoins que je signale.

Plus habiles que nous, les Allemands donnent au Recteur de l'Université et au sénat qui l'entoure une juridiction effective, assez forte pour réprimer les écarts par l'application de peines proportionnées à la faute. Sous ce rapport donc, nous pourrions recevoir de nos ennemis de précieuses leçons.

Les mettra-t-on à profit? Je n'ose l'espérer. Bien plus, je crois entendre dire : — Nous avons pris aux Allemands la *théorie cellulaire*, le système *force et matière*, la conception supérieure de la *circulation de la vie*, mais leur demander une organisation qui tempère l'ardeur de la jeunesse aux premiers jours de son indépendance, fi donc ! ce serait *anti-libéral;* ce serait la négation de nos idées modernes, dont l'ampleur contraste avec les us du vieux temps... Parlez-nous des libertés anglaises ; ne nous fatiguez point du respect profond de ce peuple pour tout ce qui représente l'autorité. Notre modèle a toujours été la République américaine, mais non pour subir le contre-poids de la fédération, ni l'excès de prudence qui confine le gouvernement dans une ville de vingt mille âmes. — Nous voulons prendre aux autres ce qui convient à notre tempérament, sans nous inquiéter des correctifs puissants qui sauvegardent, chez eux, la stabilité de l'ordre social !

Sous le feu d'une pareille réfutation, je n'ai plus qu'à me taire et à chercher une consolation de ma défaite dans la patience, qui rend *plus supportables les choses que l'on ne peut changer*.....

§ VII. — Serai-je plus heureux dans le *desideratum* que je vais exprimer ? Non, suivant toutes probabilités. Néanmoins, je poursuis ma route à travers les écueils, au risque d'y tomber.

Et d'abord, j'insiste sur le soin particulier qu'ont les Allemands d'avoir *un enseignement pratique pour toutes les branches des sciences médicales qui sont susceptibles d'une démonstration pratique.*

Or, dans ce but, la clinique devait recevoir la plus grande extension, à la faveur de priviléges particuliers ayant pour effet d'entretenir dans les salles un mouvement considérable de malades.

Dans les petites villes, l'hôpital est occupé tout entier par la Faculté; c'est l'*hôpital académique*, où tout est organisé par elle, ainsi qu'il arrive dans les musées et dans les laboratoires.

S'agit-il, au contraire, d'un grand centre ayant un hôpital dont la Faculté n'occupe qu'une partie? Ici encore toutes les mesures sont prises pour que la clinique soit pourvue de cas nombreux et variés. « Tous les soirs, l'*Assistant* du professeur, guidé par la liste des entrants du jour, fait une tournée générale et désigne à son gré les malades qu'il croit devoir faire transporter dans le service de clinique; une fois la désignation faite, rien ne peut empêcher le passage, pas même la volonté du malade. De même, et cette disposition est le corollaire naturel de la précédente, lorsque les lits de la clinique sont tous occupés, le professeur ou son assistant peut faire passer dans les autres services autant de malades qu'il le juge nécessaire. » (Jaccoud, *loc. cit.*, p. 115 et 116.)

Maintenant mettez en parallèle les cliniques françaises avec les cliniques allemandes, et jugez du contraste. — Au-delà du Rhin, on reste fidèle au vieil adage : *Qui veut la fin veut les moyens*; en deçà, on proclame l'*égalité des droits*, en présence de l'*inégalité indiscutable des devoirs*; que dis je? du jeune au vieux, du faible au fort, on ne connaît que les droits, on ne voit plus les devoirs. Et peut-être le conventionnel Merlin aurait-il de la peine à se faire écouter s'il venait affirmer, comme autrefois à la tribune, que « celui qui parle aux citoyens de leurs droits, sans leur rappeler leurs devoirs, est un flatteur qui les trompe ou un ambitieux qui cherche à les asservir. »

Mais revenons à notre sujet. Qu'importe que le professeur français doive ajouter à ses fonctions de médecin traitant la lourde charge de l'enseignement; qu'il soit rigoureusement tenu de faire l'application des préceptes à des cas particuliers, sans empiéter sur les cours théoriques, il n'aura que sa part proportionnelle de malades, avec les chances bonnes et mauvaises des réceptions et de la durée des traitements ; lui accorder le plus mince avantage, ce serait méconnaître l'égalité du diplôme et ressusciter, sous une forme nouvelle, les priviléges tombés des chirurgiens en chef.

Ainsi l'on raisonne, ainsi l'on fait. Heureux encore le professeur qui se trouve à la tête d'un grand service ; mais malheur à celui qui ne dispose que d'un nombre de lits très-restreint : il luttera contre la pénurie comme le déshérité de la fortune se débat contre la misère ; s'il fait de la pathologie théorique on le critiquera ; s'il reste dans la clinique avec le peu de faits qu'il possède, il sera jugé mauvais ; triste situation, comparable à celle d'un homme chargé d'entraves, qui doit marcher et ne peut se mouvoir, qui s'épuise en efforts condamnés d'avance à la stérilité.

Que sera-ce donc si, au tableau précédent, nous pouvons ajouter encore une sombre couleur ; si nous supposons, ou plutôt si nous envisageons ce qu'est en réalité, dans un grand hôpital, l'admission des malades, confiée, chaque mois, à un *interne* libre de tout contrôle, jaloux de son autorité temporaire, préoccupé d'enrichir son service à venir, impressionné par la figure avenante ou antipathique du professeur, et, par dessus tout, à peu près sûr d'impunité, qu'il fasse bien ou mal... ce sera plus qu'il n'en faut évidemment pour montrer combien nous sommes en arrière, nous qui croyons marquer le pas dans la voie du progrès.

J'ai hâte de le dire, je ne réclame point tout ce que je vois de bon à l'étranger, dans la crainte d'être taxé de prétentions exorbitantes ; je réduis donc mon *desideratum* à la seconde moitié des avantages octroyés aux cliniques allemandes.

Ainsi, je ne demande pas la prérogative de prendre dans tous les services les cas qui peuvent donner de la vie à l'enseignement ; mais je déclare *nécessaire* d'accorder au professur dont le service est restreint le droit de faire passer dans une autre salle les malades qui ne peuvent plus contribuer au cours et qui néanmoins sont encore dans un état qui exige des soins.

Que si l'on me supposait guidé par des vues personnelles, on serait dans l'erreur. Je ne parle ici que d'après l'expérience du passé, sans aucune préoccupation du lendemain ; je me mets hors de cause : les projets d'avenir ne me conviennent plus . ..

VII.

J'arrête ici mon excursion, trop longue peut-être, à travers les instituts étrangers, et j'attends de votre bienveillance de ne point me reprocher des opinions exprimées, avec une rude franchise, sur des points délicats.

Le mobile qui m'a dirigé, c'est le désir de voir emprunter à nos

voisins un ordre de choses qui contribue à leur gloire. Plus le pays a souffert, plus il importe de le relever, non-seulement par le bien-être matériel, mais aussi par l'impulsion donnée à la culture de l'esprit.

Je nourris l'espérance que vous partagez avec moi la conviction que la multiplicité des foyers d'instruction et de moralisation est un progrès nécessaire; et votre assentiment, si je l'obtiens, donnera de la portée à mes paroles, qui, privées de votre appui, resteraient sans écho.

Or, une fois admise en principe l'utilité des *Universités provinciales*, un même sentiment nous anime : après le pays, la cité, vers laquelle se dirigent notre pensée commune et nos souhaits les plus chers. — Oui, Lyon mérite, à tous égards, de devenir une grande Université : sa population, son amour du travail, le rang qu'il tient dans les sciences, les lettres et les arts lui méritent une faveur spéciale; et, plus tard, les succès obtenus prouveront que cette faveur n'était qu'une justice rendue. Toutefois, la marche vers le bien est lente : *Difficile est mutare in melius*, a dit le grand orateur romain. De même qu'un édifice ne s'élève que par la superposition des assises, ainsi, dans l'ordre moral, le perfectionnement n'arrive que par degrés sucessifs.

Si donc la constitution d'une Université complète est un trop gros labeur, que du moins notre ville obtienne la *Faculté de médecine*, demandée depuis si longtemps, espérée bien de fois et toujours retardée. — Ainsi se réaliseront des vœux incessants, formulés en vue de l'intérêt général; et une fois enfin sera fondée une grande institution, au milieu d'éléments certains d'éclat et de prospérité.

A. Desgranges.

EMPLOI DE LA GLACE CONTRE LA CYSTITE BLENNORRHAGIQUE ;

Par M. Horand, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille.

Parmi les complications de la blennorrhagie, il en est une que l'on voit survenir fréquemment et qui quelquefois se montre assez rebelle pour que les médications les plus vantées comme de véritables spécifiques restent sans effet. Cette complication,

c'est la *cystite*. Les causes en sont nombreuses ; nous nous bornerons à mentionner les plus fréquentes.

Tantôt la cystite survient par le fait du progrès naturel de la maladie, tantôt sous l'influence soit du changement de température, soit d'excès de toute nature, soit des injections plus ou moins irritantes, etc, Mais, quelle qu'en soit la cause, les indications à remplir n'en restent pas moins les mêmes. Ce qu'il importe, c'est de faire cesser le plus promptement possible les besoins fréquents d'uriner qu'éprouve le malade, et qui, dans quelques cas, peuvent acquérir une intensité telle que l'on voit, dit M. Rollet, des malades être réveillés, pendant la nuit, tous les quarts d'heure, et uriner près d'une centaine de fois dans les vingt-quatre heures. Il faut chercher aussi à supprimer la douleur qui accompagne chaque émission d'urine et se fait sentir après elle, soit dans l'anus, soit dans le périnée. Enfin, dans certains cas, il est nécessaire de s'opposer à l'exhalation sanguine, qui peut être même très-abondante.

Cette dysurie, qui caractérise la cystite blennorhagique, a une durée d'un septénaire ou deux. Quelquefois elle est plus longue, elle peut durer des mois entiers et ne céder qu'à l'emploi de moyens très-énergiques.

Contre cette complication de la blennorrhagie, on a conseillé les sangsues, les bains, les tisanes émollientes, les narcotiques, les vésicatoires à l'hypogastre, l'emplâtre stibié aux lombes, les cautères au périnée, etc. On voit que rien n'a été négligé pour lutter contre cette affection. De tous les moyens conseillés, M. Rollet recommande la potion de Chopart. Dès le début, à la dose de deux, quatre, rarement six cuillerées par jour. Les effets sont très-prompts ; le lendemain ou le surlendemain, dit-il, on constate une amélioration, et, en six ou huit jours, rarement plus, on guérit des cystites qui, avec le traitement ordinaire, auraient duré deux ou trois mois.

Sans contester les heureux effets de la potion de Chopart, je puis dire, et cela sans crainte d'être contredit par M. Rollet lui-même, que cette médication échoue dans certains cas. Aussi, dans quelques circonstances, lui avais-je substitué, et avec de bons résultats, la tisane de Pareira Brava, additionnée d'acide benzoïque et de chlorhydrate de morphine. Toutefois, ce moyen lui-même m'ayant donné plusieurs fois des insuccès, j'étais encore à la recherche d'une nouvelle médication contre la cystite blen-

norrhagique, lorsque j'eus l'occasion de lire le mémoire que M. Cazenave (de Bordeaux) publia au mois d'avril 1873, sur l'emploi de la glace dans le rectum contre la dysurie et l'ischurie occasionnées par des rétrécissements de l'urèthre et les hypertrophies de la prostate (1).

Ce traitement me parut applicable à la cystite blennorrhagique, et je conçus dès lors l'idée d'en faire l'essai dès que l'occasion s'en présenterait. Cette occasion m'a été offerte deux fois, et, dans les deux cas, le résultat de la médication a été tel, que je me fais un devoir de le livrer à la publicité.

Observation I. — Pierre M...., âgé de vingt-deux ans, garçon d'hôtel, est atteint pour la première fois d'une blennorrhagie dont le début remonte à six semaines. Tout d'abord, il suit les conseils d'un premier pharmacien, qui lui fait prendre cinq boîtes de poudre dépurative et des injections avec la mixture numéro 1. Puis, il se confie à un second pharmacien, qui le soumet à l'usage d'un sirop dépuratif. Ces divers traitements, loin d'améliorer le malade, ne font qu'aggraver sa situation. Les besoins d'uriner deviennent fréquents, et chaque miction provoque de vives douleurs; néanmoins, il continue son service.

Le 7 août 1873, la dysurie augmente, et, de plus, dans la soirée, le malade commence à uriner avec peine; le 8, l'émission des urines devient plus difficile encore, et le 9 elle est impossible. Ce jour même, dans la matinée, il va trouver un de nos confrères, qui lui conseille de prendre un bain et de venir me consulter. Le malade urine un peu dans le bain; le soulagement toutefois est peu sensible. Aussi vient-il me voir pour que je facilite son admission à l'hospice de l'Antiquaille. Je lui prescris en attendant de la tisane d'orge et de graine de lin, et une pilule de jusquiame et de camphre, en lui recommandant d'entrer le lendemain à l'hospice.

Le 10 août, il est admis dans la journée, et, le soir, l'interne du service le trouve en proie à de vives souffrances avec rétention d'urine. Il pratique, en conséquence, le cathétérisme et lui fait une prescription pour la nuit.

Le 11, je l'examine avec soin, et je trouve la vessie complètement pleine. Je songe alors à l'existence possible d'une prostatite.

(1) *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, n° 7, année 1873.

me rappelant que M. Rollet considère la rétention d'urine comme symptôme de cette affection et comme signe différentiel de la cystite blennorrhagique. Je pratique donc le toucher rectal, afin d'explorer la prostate. Mais, contrairement à ce que je m'attendais à trouver, cette glande n'était ni tuméfiée ni douloureuse. Je priai alors mon confrère le docteur Aubert, qui assistait à ma visite, de vouloir bien, de son côté, faire cette exploration; le résultat de son examen fut le même que le mien. Je fus donc obligé de me rattacher à l'idée d'une rétention d'urine due à une cystite blennorrhagique. L'écoulement dénotait, du reste, une inflammation assez aiguë de la muqueuse uréthrale.

Ma prescription fut la suivante : deux cuillerées de potion de Chopart, matin et soir; grand bain; cataplasmes de farine de lin sur le bas-ventre; tisane d'orge et de graine de lin ; repos au lit; cathétérisme matin et soir.

Le 12, le malade est dans le même état. Il accuse des besoins fréquents d'uriner; mais il n'urine que quelques gouttes, et l'on est obligé, pour vider la vessie, d'avoir recours au cathétérisme deux fois par jour. — Même prescription.

Le 13, on ne constate aucune amélioration. Je fais alors supprimer tout le traitement, et je le remplace par l'emploi de morceaux de glace dans le rectum.

Le 14, le malade raconte qu'il a commencé à pouvoir uriner la veille au soir. Néanmoins, on l'a sondé, et on a retiré une assez grande quantité d'urine. Mais, à trois heures du matin, il urine librement à son réveil, et, à partir de ce moment, la vessie se vide d'une manière complète. Depuis hier, il a employé huit morceaux de glace. — On continue ce moyen.

Le 15, l'émission des urines se fait sans aucune difficulté et sans douleur. L'écoulement est assez abondant et ne paraît pas avoir été modifié par l'emploi de la glace. Toutefois, il n'en est pas de même des érections, qui, au dire du malade, ont été diminuées par ce moyen.

Les jours suivants, la guérison de la cystite persiste, et mon collègue M. Dron, qui avait repris son service, put combattre directement la blennorrhagie par les moyens appropriés.

Observation II. — M. P.... vient me consulter, dans les premiers jours du mois de septembre dernier, pour une blennorrhagie dont il est atteint depuis le commencement du mois d'août.

Malgré cette affection, il a été obligé de se rendre à Londres et à Bruxelles. Aussi n'a-t-il pu se guérir. Cependant il a fait usage du copahu et du cubèbe à hautes doses, sous forme d'opiat et de savonule Lebel.

Lors de sa première visite, je constate l'existence d'un écoulement à l'état subaigu, et le malade accuse des besoins assez fréquents d'uriner avec des douleurs au moment de l'émission des dernières gouttes d'urine. Il présente, en outre, les symptômes d'un embarras gastrique très-prononcé, qu'il attribue à l'abus des savonules Lebel. Je lui prescris une limonade purgative, de la tisane d'orge et de graine de lin et des pilules de jusquiame et de camphre.

Deux jours après, ce malade revient me voir; cette fois il est en proie à une fièvre intense, avec agitation telle qu'il ne peut rester un instant assis. De plus, les besoins d'uriner ont augmenté de fréquence, et, après chaque émission d'urine, le malade éprouve un ténesme vésical plus intense que les jours précédents. Je lui conseille de rentrer immédiatement chez lui, de faire usage de la glace dans le rectum et de prendre, dans la soirée, 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Au bout de deux jours, je reçois la visite de ce malade, dont l'état a complètement changé. Sa physionomie exprime un certain contentement. Il me raconte que le soulagement ne s'est pas fait longtemps attendre après l'emploi de la glace. Dans la soirée, la dysurie avait diminué d'intensité, et, le lendemain matin, il avait pu uriner sans difficulté. Néanmoins, il avait continué à faire usage de la glace dans la journée. Quant à l'écoulement, il ne m'a pas paru avoir été sensiblement modifié.

Les jours suivants, le malade se borne à faire usage de tisanes émollientes. La cystite ne reparaît point. Alors je lui prescris des injections avec une solution de sulfate de zinc, et il part pour Paris à la fin de septembre, son écoulement étant à peu près tari.

Le 13 octobre, ce malade m'écrit pour me demander quelques conseils au sujet de sa blennorrhagie, qui a repris une certaine acuité sous l'influence de la fatigue du voyage et des longues courses qu'il a été obligé de faire. Néanmoins, il n'éprouve aucun symptôme de cystite, et il me rappelle avec plaisir le soulagement que lui a procuré la glace, soulagement qu'il n'a point oublié, tant les souffrances ressenties par le fait de cette complication ont été vives.

On pourra peut-être m'objecter que ce malade, ayant pris du sulfate de quinine en même temps qu'il a fait usage de la glace, il est difficile de savoir laquelle des deux médications doit avoir les honneurs de la guérison. Pressentant à l'avance cette objection au moment où je fis mon ordonnance, j'ai hésité un instant avant de prescrire le sulfate de quinine ; mais le désir de soulager mon malade le plus promptement possible l'a emporté, et en présence des symptômes fébriles, je conseillai les deux moyens simultanément. Toutefois, rien ne prouve que le sulfate de quinine guérisse la cystite blennorhagique, tandis qu'au contraire la glace, faisant cesser la douleur, tend également à faire cesser la fièvre. De plus, le fait précédent, rapproché de celui-ci, montre bien que c'est la glace qui est efficace contre cette complication de la blennorrhagie.

De ces deux faits, je me crois donc autorisé à conclure que la glace en applications dans le rectum, suivant la méthode de M. Cazenave (de Bordeaux), est, de tous les moyens préconisés jusqu'à ce jour contre la cystite blennorrhagique, incontestablement le meilleur. Je suis d'autant plus autorisé à formuler cette conclusion, qu'un de nos collègues, ayant eu connaissance de ma pratique, a su déjà en retirer certains avantages dans des circonstances qu'il va, je l'espère, vous faire connaître.

Quant à l'action de la glace sur l'écoulement, elle semble le diminuer, mais ne le tarit point. Enfin, ce moyen n'est nullement douloureux, et contribue à diminuer les érections. Son application, d'ailleurs, est des plus simples ; car elle consiste à introduire dans le rectum un morceau de glace dépoli, ayant la forme d'un ovale allongé et la grosseur d'une châtaigne ordinaire. On le pousse jusque par delà les sphincters, et on le fait renouveler toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant l'intensité de l'affection et le soulagement éprouvé, soulagement qui ne se fait pas longtemps attendre.

DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES BAINS FROIDS A LYON ;

Par M. Frantz Glénard, interne des hôpitaux.

Suite. — (Voir le dernier numéro.)

§ II.

Avant tout, et afin que la situation soit bien nette, je tiens à dégager la méthode Brand du cas de mort dont j'ai parlé, à montrer par des preuves qui satisferont, je l'espère, les esprits les plus exigeants, qu'il n'y a nul artifice de statistique à déployer pour en agir ainsi :

Obs. (1). Hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, n° 43 bis (service de M. le docteur Faivre). Tissot, dix-huit ans. Entré le 16 août, mort le 3 septembre. Durée du séjour, 18 jours. Début, 25 jours. — Durée du traitement, 18 jours ; — 43 bains. Défervescence dès le troisième jour, après 25 bains. — Durée de la maladie, 43 jours. — Mort.

Ce malade, d'une santé toujours débile, d'un tempérament scrofuleux, d'antécédents tuberculeux, est soumis au traitement par les bains froids le le 25e jour d'une maladie qui se présente, à l'entrée à l'hôpital, avec tous les symptômes de la vraie *fièvre putride* des anciens. Pendant le premier nychthémère d'observation, la température prise dans le rectum de trois heures en trois heures oscille entre 41° et 41°5.

17 août. 7 heures du matin, T. R. 41°5 ; à 10 heures, 41°3. Premier bain.

20. La température a oscillé entre 40° et 40°5.

23. Les chiffres extrêmes observés depuis le 20 sont : 39°9 et 37°4. — R. vin, eau-de-vie.

25. 39°8 à 37°3. Diarrhée incoercible. Compresses froides.

27. 39°9 à 36°4. Adynamie progressive. Auchalgie violente. Spasmes toniques, contractures des membres supérieurs. Extrait de quina, 4 gr., vin d'Espagne, 100 grammes.

29. 39°4 à 36°8. Incontinence des matières. R. bains de cinq minutes.

---

(1) Dans les observations que je rapporte :

Le *début* comprend l'intervalle qui sépare le frisson ou l'alitement, du premier bain ;

La *défervescence* est comptée à partir du jour du traitement où la température rectale n'atteint plus 40°. En fait, la descente de la courbe est dès lors graduelle et fatale, et seuls les écarts de régime pourront ramener le chiffre 40°. Le nombre de jours et de bains nécessaires à amener la défervescence m'ont paru suffire à exprimer, sans autre développement, la gravité de la maladie et l'intérêt de la lutte ;

La *convalescence* est l'intervalle qui sépare le dernier bain (la T. R. ne dépasse plus dès lors 38°5) de l'exeat.

31. 39°2 à 37°2. Contractures des quatre membres.

1er septembre. Temp. à 7 heures du soir, 41°7.

2. 39°7 à 37°3.

3. 4 heures du matin, 38°5; à 8 heures du matin, mort sans symptôme prémonitoire particulier, sans agonie.

Autopsie (1) le 4 septembre, à midi, 28 heures après la mort. — Pas d'odeur cadavérique ; pas de coloration bleuâtre de l'abdomen ; amaigrissement modéré ; rigidité ; les membres supérieurs ont la position qu'ils affectaient pendant les contractures ; nul œdème des jambes ; hypostase dans les régions déclives. *Il n'y a pas trace d'eschare.*

J'arrive de suite aux lésions intestinales, les seules dont j'aie besoin pour mon argumentation.

L'intestin présente un aspect normal à partir du duodénum, sur une longueur de 1 m. 50 ; il est légèrement hyperhémié avec fines herborisations, sur une longueur suivante de 1 m. 30, jusqu'à la première plaque de Peyer, parfaitement saine, du reste. A partir de ce point, on passe par gradation insensible de la plaque avec zone hyperhémiée à celle congestionnée, à la plaque ulcérée et en voie de réparation ou tout à fait cicatrisée, puis à celle détergée, recouverte d'une surface granuleuse, villeuse, flottant sous le filet d'eau, entourée d'un bourrelet circulaire saillant. Aucune ne présente le bourbillon jaune étalé.

Dans l'iléon, et d'autant plus qu'on se rapproche du cæcum, ces plaques se multiplient, se mêlent aux ulcérations lenticulaires des follicules isolés.

La muqueuse cæcale est uniformément transformée en une surface rugueuse, bourgeonnante, en choux-fleurs ou analogue à un gazon récemment coupé, parsemée d'un grand nombre de petites granulations, d'hypertrophies partielles mêlées d'ulcérations tigrées, chargées d'un pigment gris ou jaune noirâtre. Cette altération recouvre les deux faces de la valvule de Bauhin et s'étend sans démarcation sur une longueur de 0,13 cent. à tout le pourtour de la paroi du gros intestin. A partir de ce point et jusqu'à l'anus (sphincter interne), le gros intestin est criblé d'érosions de la largeur d'une lentille, irrégulières, à bords peu anfractueux, séparées les unes des autres par un intervalle de 10 à 11 millim. au maximum, mais diminuant de plus en plus de nombre à mesure qu'on se rapproche de la terminaison du tube digestif.

Ganglions mésentériques durs, homogènes, peu tuméfiés. La rate présente un volume normal, un aspect parfaitement sain et pèse 190 gr. ; à la coupe, elle *crie sous le scalpel* et résiste comme du tissu hépatique.

Les autres organes sont parfaitement sains à l'œil nu (moelle, cerveau, poumon, cœur, etc.)

Je me suis étendu avec intention sur les lésions intestinales

---

(1) Pratiquée sous les yeux de M. le docteur Vinay, alors mon chef de service.



(bien décrites sous le nom d'*entérite villeuse* par Monneret et Fleury (1), parce qu'elles constituent, par leur simple énoncé, une preuve irréfutable de l'âge avancé de la maladie.

Cette assertion ressort, en effet, du mémoire de M. le docteur Leudet (2), dans lequel je relève les faits suivants :

..... Le développement d'ulcérations dans le gros intestin se rencontre assez fréquemment *à la suite* de la fièvre typhoïde. Ces ulcérations se montrent surtout dans les cas de convalescence lente, accompagnée de diarrhée prolongée et de prostration des forces ; les plus prononcées sont observées chez les malades morts du 50e au 69e jour de la maladie.....

..... La rareté des altérations graves du gros intestin chez les malades qui succombent à une époque peu avancée de la maladie est, au contraire, un fait bien connu.....

Parmi les symptômes, Leudet signale : la pâleur cachectique, la prostration, la *formation d'eschares* dans les régions du corps les plus déclives.

Ainsi donc il est bien établi que notre malade a été soumis à l'hydrothérapie, alors que son affection évoluait *depuis* 25 *jours au moins*, puisque l'autopsie, pratiquée le 18e jour du traitement, a décelé des lésions qu'on ne rencontre que du 50e au 69e jour de la maladie.

De ce que la méthode Brand n'a pas guéri une dyssenterie chronique intense, on ne peut donc pas conclure à son incertitude dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Tout au moins, il faut convenir qu'elle n'a pas été nuisible au malade. Si l'on se reporte à l'observation, on voit que nous avons obtenu un résultat tel, que la température, après avoir oscillé entre 41° et 41°5, pendant 24 heures à dater de l'entrée à l'hôpital, avant le premier bain, est abaissée en trois jours (25 bains) au-dessous de 40°, chiffre qu'elle n'atteint plus pendant 16 jours. Je ne veux pas soutenir que nous ayons prolongé de 16 jours la vie de notre malade; mais cependant chacun sait combien est funeste la persistance d'une température supérieure à 41° au 25e jour d'une maladie aussi nuisible à la nutrition que la fièvre typhoïde non traitée par les bains froids.

(1) *Compendium de médecine pratique.*

(2) Mémoire sur les ulcérations et la perforation du gros intestin survenant à la suite de la fièvre typhoïde. (*Gazette hebd*., t. I, n° 15, 13 janvier 1854.)

Je résume, sans insister davantage, les faits saillants de cette observation.

Sauf le premier et le dernier jour, le malade se rendait lui-même à chaque bain ; il n'a jamais eu, sinon les deux derniers jours, besoin d'intervention pour prendre ses aliments ou ses boissons : outre l'effet habituel du bain, on observait, chaque fois et pendant le bain, la disparition totale des contractures, qui se réveillaient une demi-heure environ avant le bain suivant. *Il n'y a pas eu trace d'eschare*, le malade a toujours répondu à nos questions, etc. Pendant 12 jours la température a oscillé entre les chiffres du collapsus (1) (le plus bas fut 36°4) et celui de 39°9, qu'elle n'a pas dépassé. La mort est arrivée sans agonie, le surlendemain d'une température de 41°7 et sans nouveau collapsus.

A l'autopsie, lésion absolument localisée au cæcum et au gros intestin, ulcères de l'iléon en pleine cicatrisation pour la plupart, état remarquable de la rate, putréfaction tardive du cadavre.

Comme *conclusion* : le répit de 18 jours, si on me l'accorde, obtenu par les bains froids, en empêchant toute lésion nouvelle due à l'excès de la température, est survenu trop tard pour permettre à un organisme profondément altéré de réparer des dégâts dont la persistance est incompatible avec la vie, dégâts anciens causés par des excès prolongés de température non combattus.

Et enfin :

L'aphorisme de Brand n'est en aucune façon infirmé par ce cas de mort (2).

§ III

J'entre maintenant dans la partie la plus facile de ma tâche, celle de la confirmation de l'aphorisme. A part quelques remar-

(1) Il est évident, d'après la formule même de la méthode, que les bains n'ont pas été administrés pendant ces phases de collapsus ; il n'y a eu de bain que lorsque la température rectale dépassait 38°5.

(2) Il faut encore tenir compte, dans ce cas, du séjour dans un milieu nosocomial, de la difficulté d'obtenir dans un hôpital le changement régulier des compresses abdominales, surtout la nuit. Peut-être, chez ce malade, l'usage topique des lavements d'eau froide, à dose massive, nous eût-il rendu service.

Quoi qu'il en soit de cette observation, je dirai en dernier lieu et à ce propos qu'on peut fouiller en vain dans les cinq ou six mille fièvres typhoïdes traitées jusqu'à ce jour par la méthode Brand, on ne pourra trouver un seul insuccès dans les cas traités régulièrement dès le début.

ques intéressantes que j'aurai çà et là à relever, cette partie sera la plus uniforme, car elle traite des résultats obtenus à Lyon par la méthode de Brand : or, j'ai dit ailleurs que ces résultats étaient toujours les mêmes ; je les ai décrits une fois et je n'y reviendrai pas, ma description ayant été confirmée dans tous ses détails : une maladie dont la marche est tracée d'avance, dans laquelle il n'y ni pronostic à discuter, ni complication à craindre, ne se prête pas à des descriptions multipliées.

Aussi, sauf pour 4 ou 5 cas, je relaterai en quelques mots seulement les observations recueillies à Lyon, en suivant autant que possible l'ordre chronologique, commençant en conséquence par les miennes.

Obs. I. — Hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, service de M. le docteur Faivre, n° 18. Curtil, dix-sept ans, entré le 3 juillet 1873, sorti le 5 août. Durée du séjour, 33 jours. *Fièvre typhoïde adynamique* ; début 7 jours avant le premier bain. — Durée du traitement, 12 jours. — 69 bains. Défervescence le sixième jour, après 47 bains. — Durée de la maladie, 21 jours ; de la convalescence, 12 jours. Guéri.

Obs. II. — Id., n° 43. Lunot, vingt-cinq ans. Du 5 juillet au 13 août. Séjour, 39 jours. *Forme adynamique très-grave*. Début, 14 jours. — Durée du traitement, 21 jours : 157 bains. Défervescence lente, après 11 jours et 86 bains. — Durée de la maladie, 45 jours ; de la convalescence, 8 jours. — Guéri. (C'est le malade qui a fourni l'observation-type de mon premier article.)

Je ferai remarquer que, chez ce malade, il a fallu lutter onze jours avant d'amener la défervescence. Le premier bain fut donné le quatorzième jour de la maladie, six jours après l'entrée à l'hôpital (1). La méthode Brand n'était pas encore assez accréditée auprès de mon chef de service pour qu'il n'hésitât pas quelque temps, surtout dans ce cas fort grave, chez lequel il semblait que la réaction organique fût trop épuisée pour résister à un bain froid. La fin a justifié la respectueuse insistance que j'apportai et la courageuse détermination de M. le docteur Faivre, qui considérait le pronostic comme fatal et qui, après ce succès, devint le plus convaincu promoteur de la méthode (2).

Pendant les six premiers jours, le malade eut des épistaxis de

(1) Il est très-rare que les malades entrent à l'hôpital plus tard que la première semaine de la fièvre typhoïde ; on peut donc toujours appliquer le traitement dès le début, et cela à plus forte raison dans la clientèle civile.

(2) *Lyon Médical* du 4 janvier 1874.

plus en plus abondantes (jusqu'à deux palettes le dernier jour) et contre lesquelles on lutta en vain par les hémostatiques à l'intérieur. Dès le premier bain elles disparurent.

OBS. III. — Idem. n° 22. Chabert, vingt-huit ans. 22 juillet au 12 août; durée du séjour, 22 jours. Début, 9 jours. — Durée du traitement, 13 jours. — 89 bains; défervescence le cinquième jour, après 30 bains. — Durée de la maladie, 22 jours; de la convalescence, 9 jours. — Guéri.

Le malade était d'une constitution scrofuleuse, portait des cicatrices au cou; le coude droit était déformé, ankylosé et présentait les traces d'anciennes ostéites fistuleuses. Pour Brand, la tumeur blanche, loin d'être une contre-indication à l'emploi des bains, a paru, dans les cas qu'il a observés, s'améliorer sous l'influence du traitement (1).

OBS. IV. — Idem, n° 48. Lauvergne, dix-huit ans. Du 8 juillet au 2 août. Durée du séjour, 25 jours; début, 8 jours. — Durée du traitement, 13 jours; 75 bains; défervescence le dixième jour, après 61 bains. — Durée de la maladie, 21 jours; de la convalescence, 12 jours. — Guéri.

OBS. V. — Idem, n° 10. Pérouze, vingt-trois ans. Du 12 juillet au 11 août. Durée du séjour, 30 jours; début, 7 jours. — Durée du traitement, 9 jours; 46 bains: défervescence brusque le septième jour, après 40 bains. — Durée de la maladie, *16 jours;* de la convalescence, *21 jours.* — Guéri.

Chez ce malade, la rate, très-hypertrophiée, ne cessa d'être perceptible d'abord à la palpation, ensuite à la percussion, que le dixième jour du traitement. Pendant le cours de la maladie, il demandait les bains et ne voulait pas manquer ceux dont sa température l'eût pourtant dispensé.

OBS. VI. — Idem, n° 47. Pierre Perrin, vingt ans. Du 29 juillet au 23 août; durée du séjour, 25 jours; début, 3 jours. — Durée du traitement, 18 jours; — 113 bains; défervescence lente dès le cinquième jour, après 35 bains. — Durée de la maladie, 21 jours; de la convalescence, 7 jours. — Guéri.

C'est le malade dont j'ai donné la courbe thermique dans *Lyon Médical* : il est intéressant à plusieurs points de vue.

Infirmier de la salle Saint-Pothin, dès qu'il se sentit malade et sut qu'il pourrait avoir une fièvre typhoïde, il demanda à entrer dans notre service, sachant aussi bien que moi quelle méthode

(1) Dès le quatrième jour (25 bains) le malade demande instamment et obtient la permission de fumer pendant son bain!



nous y emploierions pour guérir sa maladie. Bien que soumise au traitement dès le troisième jour après le début, la fièvre typhoïde n'en suivit pas moins très-régulièrement son cours, dura vingt-un jours et ne fut nullement jugulée; seulement la défervescence commença bien plus tôt (huitième jour de la maladie, cinquième du traitement), et lui-même fut convaincu dès le cinquième jour, par l'expérience qu'il avait acquise, de la certitude de sa guérison.

En troisième lieu se posait, à son égard, la question de contagion, si controversée encore aujourd'hui, et qui paraîtra pencher vers l'affirmative, si surtout j'ajoute que, quelques jours après, un second infirmier du service, habitué depuis longtemps aux hôpitaux, tomba également malade de la fièvre typhoïde.

C'était un grand garçon, âgé de cinquante-trois ans, grisonnant et qui, sur sa demande, fut soumis aussi à la réfrigération par la méthode Brand (à la salle Saint-Nizier, hospice de la Croix-Rousse, service de M. le docteur Français); mais il était emphysémateux, catarrheux, et l'on dut suspendre le traitement après seize bains à cause des accès de suffocation que lui causait le contact de l'eau froide (1). Etait-ce donc là une contradiction?

Je transcris, en manière de réponse, les considérations suivantes, la place ne permettant pas d'insérer l'observation inédite de Brand qui me les a suggérées. Le cas est tout à fait comparable : il s'agit d'un malade âgé de cinquante-quatre ans, atteint depuis longtemps de catarrhe, d'emphysème et d'asthme; il prend une fièvre typhoïde, est traité par les bains, et finalement ramené à la guérison sans que les symptômes thoraciques se soient aggravés, sans qu'ils aient causé la moindre interruption dans le traitement.

La fièvre typhoïde étant reconnue en général comme plus grave que l'emphysème, Brand a dû lutter contre une température dont les excès prolongés pouvaient compromettre la vie du malade. Toutefois, il a fait aux symptômes thoraciques cette concession de diminuer le choc des bains (bains graduellement refroidis, bains plus chauds mais plus longs) (2) et leur nombre, dès que la maladie s'est prononcée dans le sens favorable.

(1) Le malade est aujourd'hui parfaitement guéri. Comme on n'a administré que seize bains, et qu'il y a eu traitement médicamenteux à la suite, je ne le compte pas dans ma statistique.

(2) Mais il est bon de dire, à propos des *bains tièdes*, qu'ils sont beaucoup

Le catarrhe, l'emphysème ne peuvent donc pas être des contre-indications.

Je rappellerai à ce propos que, si la méthode a un principe uniforme, il est néanmoins laissé au médecin une grande latitude dans l'application. La seule condition absolue, celle qu'on ne peut enfreindre sans porter atteinte à la méthode de Brand, c'est de combattre et de prévenir *constamment* les excès de température, qui sont le seul danger de la fièvre typhoïde : or, l'expérience a surabondamment prouvé depuis Brand qu'on ne peut le faire avec fruit qu'en soustrayant de la chaleur au fébricitant toutes les trois heures, jour et nuit, puisque au bout de trois heures, l'effet du bain est épuisé et que le terrain gagné est reperdu.

Cette latitude ne va donc pas jusqu'à autoriser le médecin à se contenter d'administrer un bain de 35° pendant cinq minutes tous les jours à midi, comme le fit un docteur Frœhlich (1864), qui inféra de ses recherches que la méthode Brand ne donnait pas de meilleurs résultats que les autres modes de traitement. C'est un exemple que je choisis entre mille, car il est peu d'auteurs en Allemagne, et cela se verra peut-être aussi en France, qui aient pu se résigner à ne pas avoir créé eux-mêmes cette méthode si magnifique ; il en est peu qui ne se soient efforcés d'y apporter quelque modification, quelque prétendu perfectionnement : cela leur suffisait à décrire longuement un *procédé de l'auteur* et on oubliait même parfois que Brand existait. Pendant ce temps les fièvres typhoïdes, traitées par l'hydrothérapie, mouraient (1).

---

plus fatigants pour le malade ; le patient se plaint moins, en effet, du bain que de sa durée. Il s'y trouve très-bien pendant les dix premières minutes environ ; mais à partir de ce moment, à partir du frisson, on doit développer un vrai talent de persuasion pour lui faire accepter de bon cœur le complément de son épreuve : or le bain tiède, *qui doit refroidir pour être efficace*, ne le fait qu'au bout d'un temps presque double. Je me permettrai de citer à cet égard le témoignage même des enfants de Brand, qui préféraient de beaucoup un bain froid, mais court, à un bain plus chaud et prolongé. Outre cet inconvénient, les bains tièdes (méthode de Ziemssen) ont celui d'exiger de grandes quantités d'eau (et toutes les trois heures), et ils sont réellement moins efficaces, à en juger du moins par la statistique de Leube, élève de Ziemssen, qui donne une mortalité plus que quadruple de celle de Brand : 19 au lieu de 4,5 pour 100 (je parle des statistiques brutes, dans lesquelles tout est englobé, sans qu'il soit tenu compte de la date du début).

(1) C'est ainsi et seulement ainsi que l'on aura avec l'hydrothérapie de réels insuccès. C'est pour cela que la méthode Brand a été si souvent rejetée comme inefficace. On n'en comprenait pas le principe, on administrait quelque eau froide au malade, deux ou trois bains, et tout était dit. On



Voilà le véritable écueil! il me suffit de l'avoir signalé. Pourquoi donc vouloir à tout prix modifier la méthode avant de l'avoir essayée et compromettre ainsi à la fois et la vie du malade et le remède qui peut le mieux la garantir? Car, lorsque l'eau ne guérit pas, il n'y a rien à attendre des médicaments! Le médecin consciencieux, qui veut guérir ses typhiques au lieu de les laisser guérir (ou mourir), revient en dernier appel à la méthode-mère, celle de Brand, qui est large, répond à toutes les éventualités, à toutes les prévisions et renferme tous les procédés en ayant pour principe général de ***proportionner à chaque instant l'intensité du froid***, sous quelque forme qu'il soit administré, ***à l'intensité de la chaleur à combattre*** (1).

C'est ainsi que Brand insiste sur l'énergie du traitement au moment périlleux (bains plus froids, plus longs, plus rapprochés) et le recommande doux et mitigé (température du bain plus élevée ou graduellement refroidie, etc., durée moins longue; baigner le malade seulement lorsqu'il a 39° ou même 39°5, etc.), lorsque le danger est passé, et c'est là ce qui varie pour chaque cas particulier, ce qui permet d'individualiser la méthode, ce qui rend indispensables la surveillance et le tact du médecin. Mais *on ne se trompe jamais* en appliquant le traitement tel que je l'ai

croyait avoir *traité* un typhique par l'hydrothérapie, et la méthode était jugée, elle ne guérissait pas,..... « Ce qu'il faut exiger dès à présent, c'est que l'arbitraire ne règne plus dans les applications de l'hydrothérapie, et qu'il n'y ait pas autant de procédés divers que d'opérateurs. » (1874, *Traité théorique et pratique de l'hydrothérapie*, par le docteur Beni-Barde. qui, pour le dire en passant, ne mentionne nulle part l'œuvre de Brand, et dans un traité de plus de mille pages, n'en consacre que deux à la fièvre typhoïde.)

(1) Pourvu qu'après chaque épreuve, la température soit abaissée de 0°8 au moins (dans le rectum) et se maintienne à ce niveau pendant deux heures. Si l'on n'a pas obtenu cet abaissement, si même il y a eu élévation de la température, c'est que l'épreuve aura été trop courte, trop mitigée ou peut-être excitante (à l'instar des affusions simples ou du drap mouillé). Il faut tenir compte aussi des erreurs de mensuration, erreurs pouvant provenir aussi bien du thermomètre que de l'infirmier. L'eau froide ne peut pas ne pas refroidir : c'est évident.

Est-il nécessaire d'ajouter qu'une fièvre typhoïde, qui, à aucun moment du premier septénaire, ne dépasse 39°, dont le diagnostic est par suite déjà très-incertain, n'indique en aucune façon un traitement aussi énergique que celui des bains froids toutes les trois heures. De simples lotions, des compresses froides seront bien suffisantes : elles seront utiles, car la longue persistance d'une température de 39° est déjà nocive: mais il faut être sur ses gardes, et, si le diagnostic se confirme, instituer les bains dès que la température rectale atteint ou dépasse 39°5 Plus tard, le degré de gravité, la date de la maladie, et par suite le degré d'intensité de la médication à lui opposer, seront appréciés : 1° par la température avant le bain ; 2° et surtout, par le degré et la durée de l'abaissement qui suit le bain.

décrit et j'indique ainsi le motif de la formule quasi-mathématique que j'ai dû employer dans mon rapide aperçu.

Obs. VII. — Idem, n° 19. Revoil, dix-sept ans. Du 6 août au 21 septembre; durée du séjour, 46 jours; début, 6 j. — Durée du traitement, 44 jours; — 199 bains; défervescence très-lente dès le neuvième jour, après 56 bains. — Durée de la maladie, 50 jours; de la convalescence, 2 jours. — Guéri.

Les excès alimentaires ont failli compromettre le succès; tout allait bien, sauf la température, qui bientôt nous fit découvrir que le malade volait du pain à ses voisins, et même dans une autre salle que la sienne; la longue défervescence lui tint lieu de convalescence (1).

Obs. VIII. — Idem, n° 45. Dalessandri, dix-sept ans. Du 10 août au 30 septembre; durée du séjour, 51 jours. *Forme adynamique*; début, 8 jours; durée du traitement, 34 jours; — 150 bains; défervescence dès le premier jour; puis du neuvième au vingt-unième jour, ascension lente qui atteint de nouveau le chiffre de 40°, enfin défervescence légitime pendant quinze jours. — Durée de la maladie, 42 jours; de la convalescence, 7 jours. — Guéri.

Chez ce malade, les excès alimentaires ont failli être plus funestes que chez le précédent; c'est le seul chez lequel nous ayons retrouvé, après une première défervescence, le chiffre de 40°. Pendant la période d'ascension anormale, il eut un météorisme intense, de la diarrhée (symptômes d'une seconde jetée intestinale), cette hyperesthésie iliaque dont j'ai parlé. La défervescence légitime fut marquée par une éruption furonculeuse confluente à la région sacrée : gangrène et incision d'un pont cutané interfuronculaire, qui pouvait à ce moment, sauf le mode de début, en imposer pour une eschare.

Obs. IX. — Idem, n° 42. Moreau, vingt ans. Du 19 août au 8 septembre; durée du séjour, 20 jours; début, 9 jours. — Durée du traitement, 12 jours; 58 bains; défervescence graduelle dès le premier jour. — Durée de la maladie, 21 jours; de la convalescence, 7 jours. — Guéri.

Obs. X. — Idem, n° 50. Darchine, seize ans. Du 26 août au 30 septembre; durée du séjour, 35 jours. *Forme ataxo-adynamique grave*; début, 4 jours après 11 jours de prodromes. — Durée du traitement, 26 jours; — 139 bains; la défervescence ne s'établit franchement que le dix-huitième jour, après

(1) Les excès alimentaires ne sont pas à redouter dans la clientèle civile; à l'hôpital, le seul procédé pour les prévenir consisterait à isoler complètement les fièvres typhoïdes des autres malades. On éviterait ainsi, en outre, une contagion possible.



124 bains ; elle dure 9 jours. — Durée de la maladie, 30 jours ; de la convalescence, 9 jours. — Guéri.

Ce malade présenta à son entrée un délire assez intense pour qu'on fût obligé de le sortir pendant la nuit de la salle, qu'il troublait par ses cris. Le facies était pénible à voir, exprimait l'anxiété la plus vive, l'accablement. Le malade se sauvait de son lit, pour retomber impuissant à terre. La respiration était fréquente, la face cyanosée, marbrée ; les poumons engoués, siége d'un catarrhe intense.

Le choc du premier bain fut effrayant : je dus maintenir le malade dans l'eau, malgré ses cris désespérés, en le pressant énergiquement sur les épaules, tandis que je faisais retenir par l'infirmier les membres inférieurs. Après sept minutes de lutte, il devint doux et tranquille, acheva son bain sans se plaindre, et dès lors les symptômes cérébraux, ainsi jugulés, ne reparurent pas. Le traitement put s'effectuer sans le moindre obstacle ; l'effet des bains ne manquait jamais et le malade était le premier à les demander, à convenir du bien-être qu'il en retirait. Il est inutile d'ajouter que les symptômes thoraciques s'amendèrent (compresses froides) et suivirent la marche graduellement décroissante que j'ai indiquée ailleurs.

Obs. XI. — Idem, n° 14. Doux, vingt-quatre ans. Du 12 septembre au 11 octobre ; durée du séjour, 29 jours ; début, 9 jours. — Durée du traitement, 27 jours ;— 154 bains; défervescence *le dix-huitième jour*, après 134 bains. — Durée de la maladie, 36 jours ; de la convalescence, 2 jours. — Guéri.

Ce type traînant n'a pourtant rien présenté de remarquable ; les deux sommets pulmonaires étaient suspects, mais il n'y eut jamais de signe positif ; la bronchite même était presque nulle (1). La céphalalgie intense du début et un torticolis, qui empêchait tout mouvement du cou, disparurent rapidement après deux ou trois bains. Le dix-huitième jour du traitement, le malade obtint la

(1) La phthisie n'est pas une contre-indication pour Brand, qui a plongé des *cavernes* dans le bain froid. Elle suit son cours sans être précipitée par les bains. Cependant, la fièvre typhoïde guérit.

On a dit que ces bains répétés devaient favoriser ou même engendrer la tuberculose, les pleurésies, le rhumatisme... que sais-je encore : or cela ne s'est jamais rencontré ; ils ne guérissent pas ces affections lorsqu'elles existaient *in posse* ou *in actu* au moment où l'on a commencé le traitement de la fièvre typhoïde ; c'est là tout ce qu'on peut leur reprocher.

permission de se lever, avec la recommandation expresse de ne pas s'asseoir, mais de se promener tout le temps, de se remettre au lit dès qu'il se sentirait fatigué, de se coucher au moins toutes les trois heures pour laisser prendre sa température et aller au bain, s'il y avait lieu. Il fit ainsi pendant neuf jours (1).

OBS. XII. — Idem, n° 48 bis. Lapalud, vingt-six ans. Du 13 septembre au 7 octobre ; durée du séjour, 24 jours. *Forme ataxique grave* ; début, 6 jours. — Durée du traitement, 18 jours ; 120 bains ; défervescence le huitième jour, après 72 bains. — Durée de la maladie, 23 jours ; de la convalescence, 1 jour (il l'acheva chez lui). — Guéri.

C'est ce malade dont j'ai parlé dans ma première note. Il présenta, pendant la défervescence, une éruption furonculeuse très-confluente et des abcès sous-épidermiques aux mains. C'est le seul de nos malades qui ait été atteint d'alopécie.

OBS. XIII. — Idem, n° 45 bis. Pont, vingt-quatre ans. Du 2 octobre au 5 novembre ; durée du séjour, 34 jours. *Forme adynamique* ; début, 4 jours. — Durée du traitement, 23 jours ; — 101 bains ; défervescence très-lente, presque en plateau, mais régulière, dès le troisième jour, après 8 bains. — Durée de la maladie, 27 jours ; de la convalescence, 11 jours. — Guéri.

La défervescence est obtenue très-rapidement chez ce malade, traité dès le quatrième jour après le début ; mais la maladie n'en a pas moins eu sa durée normale.

(La suite au prochain numéro.)

SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LYON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE.

Présidence de M. DESGRANGES.

Séance du 19 janvier.

La Société a reçu une lettre de M. le docteur Bergeret, confirmant les idées développées par M. Dron dans une de ses dernières séances, sur les inconvénients de l'alcool méthylique.

---

(1) C'est le seul de mes malades qui fut, pendant sa convalescence, atteint de diarrhée (j'ai revu tous les autres un mois après leur sortie de l'hôpital et en parfaite santé). Il exigea, pour affaires de famille, un exeat précipité, et, malgré nos recommandations, fit des excès alimentaires qu'il n'eut aucun scrupule à nous avouer. Il est du reste aujourd'hui parfaitement guéri.



LECTURE.

M. SOULIER fait une communication sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. Après un rapide historique de la question, il expose la manière d'appliquer le bain froid, son mode d'action sur la fièvre typhoïde, basé surtout sur la théorie de Brand, rapprochant la température élevée de cette fièvre de celle qui est produite par la fermentation.

Comparant les effets produits par l'insolation et l'élévation considérable de température qu'elle engendre avec les accidents de la fièvre typhoïde, résultats de cette température excessive, il fait jouer, dans la marche de ces accidents et dans leur gravité, à ce développement excessif de calorique un rôle très-important. Comment agit le froid dans le traitement de ces accidents? Est-ce par la soustraction directe de la chaleur? est-ce en ralentissant les combustions? L'analyse des urines, qui permettait de résoudre ces questions, n'a pas été faite; il pense contrairement à Béhier que l'eau froide doit être considérée comme un antipyrétique direct.

Ce n'est pas seulement sur la fièvre qu'elle agit, mais aussi sur les processus ulcératifs de la fièvre typhoïde, diminuant ainsi les chances de perforation et d'hémorrhagies intestinales.

Les avantages de cette méthode sont suffisamment démontrés par la statistique, dit M. Soulier: sur cinquante-cinq cas, il y a eu, tant en ville qu'à l'hôpital de la Croix-Rousse et à l'Hôtel-Dieu, cinquante-cinq guérisons. Les accidents observés ont été nuls, une seule fois il y a eu de l'entérorrhagie, jamais d'eschares. La fièvre a toujours été notablement abaissée, et cela sans aucune médication autre que celle de l'eau froide; l'expectoration bronchique a paru plus facile, la soif moins vive, l'appétit plus précoce qu'avec n'importe quel autre traitement. L'intestin se débarrassant plus facilement des matières fécales, le gargouillement devient plus rare; l'adynamie et l'état cérébral typhique cessent comme par enchantement à l'action de l'eau froide.

A côté de pareils avantages, existait-il de sérieux inconvénients à l'emploi de cette méthode? se demande ensuite M. Soulier; on lui a reproché de favoriser les syncopes, il suffit pour les éviter de commencer par un bain moins froid; quant à l'hémorrhagie que Wunderlich prétend être produite par la méthode de Brand, sur les cinquante-cinq cas observés à Lyon, une seule fois on l'a

observée, le fait est donc rare. Ce qui paraît plus fréquent, ce sont des furoncles, de l'hyperesthésie des orteils et quelquefois de la diarrhée, suite d'un appétit exagéré et mal contenu ou plutôt mal satisfait ; c'est là une question de surveillance.

Existe-t-il des contre-indications de la méthode de Brand. A part les cas très-légers, et encore est-il très-réservé à ce sujet, la bénignité d'aujourd'hui pouvant devenir la gravité de demain, M. Soulier ne voit guère comme obstacles sérieux à l'emploi de l'eau froide que les lésions thoraciques ou cardiaques graves.

On a fait, ajoute-t-il, des reproches à cette méthode : c'est un moyen barbare, d'un emploi difficile ; ce reproche tombe avec la pratique. Brand n'en est pas l'inventeur ; les hydropathes avaient, il est vrai, conseillé l'eau froide comme moyen de diminuer certains accidents de la fièvre typhoïde, mais l'abaissement continu de la température par le bain froid n'avait pas été mis en usage, il a donc droit à la priorité. La difficulté du diagnostic, qui, dans certains cas, peut rendre le médecin hésitant au début et retarder le traitement par le bain froid, n'est pas une objection sérieuse, attendu que le bain froid, appliqué même dans les cas douteux, est sans inconvénients. Reste un dernier reproche qu'on a fait à M. Glénard, c'est d'avoir exagéré la méthode de Brand, M. Soulier ne voit dans cette exagération, si réellement elle existe, qu'un moyen d'appeler l'attention sur une méthode de traitement efficace, appelée à rendre de grands services, si l'on songe à la mortalité habituelle de la fièvre typhoïde.

En résumé, dit-il, méthode excellente, applicable à tous les cas, sur laquelle la Société, et c'est là le vœu qu'il émet en terminant, pourrait s'éclairer en nommant une commission chargée d'en suivre les applications dans les hôpitaux.

Discussion.

Après un résumé de cette communication, M. Desgranges propose le renvoi du vœu exprimé par M. Soulier à la fin de la discussion.

M. Rodet, après avoir lu le mémoire de M. Glénard, était convaincu déjà de l'efficacité de la méthode ; ce que vient de dire M. Soulier ne peut donc que justifier sa première impression. Il craint cependant que l'emploi du bain froid soit d'une application parfois difficile dans la clientèle de la ville. Un moyen qu'il emploie et qui lui a donné d'excellents résultats, assez semblable au bain froid quant au résultat final, l'abaissement de la température, ce sont de larges vessies remplies de glace, qu'on maintient sur la tête des malades.

Plusieurs fois il l'a employé avec succès, une fois sur une petite fille présentant dans le cours d'une fièvre typhoïde des symptômes cérébraux graves, qui a très-bien guéri, après avoir été aphasique pendant un mois. Dans un deuxième fait, l'effet fut tout aussi rapide et le résultat aussi satisfaisant. A la suite de ces applications, il a pu constater à l'aide du thermomètre, sur un troisième malade, un abaissement de température d'un degré. Ce même abaissement s'est produit sur une femme de trente-six ans, chez laquelle la maladie avait débuté sous forme de bronchite grave. Enfin, dernièrement chez un jeune homme de seize ans, présentant avec de la céphalalgie des vomissements, de la constipation, un pouls à 100, une température de 40,6, une langue tremblotante, sèche et croûteuse, il a vu, sous l'influence des applications continues sur la tête, de vessies remplies de glace, ce même abaissement de température, et du jour au lendemain le pouls tomber de 100 à 84.

Ces effets très-remarquables, comparables aux résultats de la méthode de Brand, trouvent leur explication, dit en terminant M. Rodet, dans le refroidissement continu des vaisseaux de l'encéphale.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Le secrétaire adjoint, Bondet.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES.

Présidence de M. Laroyenne.

Comptes-rendus des séances de décembre 1873.

M. Horand présente à la Société une petite fille de la campagne, âgée de huit ans, atteinte d'herpès tonsurant du cuir chevelu, dont le diagnostic, assez épineux à première vue, est facilité par la présence de plaques d'herpès circiné caractéristiques, sur la tempe droite, la joue gauche et le poignet gauche. Ce qui fait surtout l'intérêt de cette présentation, c'est l'étiologie de l'affection que M. Horand a retracée avec soin. Cette petite fille n'était rentrée de pension que depuis une huitaine de jours, lorsque la mère s'aperçut, en la peignant, qu'elle perdait ses cheveux. Ni chien ni chat dans la maison ; mais on apprit, en interrogeant la mère, qu'une des vaches de la ferme, avec laquelle l'enfant jouait fréquemment, était atteinte d'une espèce de dartre sur la cuisse. La transmission de l'herpès de la vache à l'homme, assez fréquente, en Vendée notamment, paraît rare dans le Lyonnais ; pour son compte, M. Horand n'en a pas vu un seul exemple ; cependant il n'hésite pas à croire comme très-

probable que, dans ce cas, la vache a été l'agent de transmission du parasite.

DISCUSSION.

M. CONCHE, songeant à la rareté de l'herpès dans l'espèce bovine, pense que l'enfant a bien pu contracter son affection à la pension, dont elle sortait récemment.

M. DRON. Le trichophyton n'est pas tres-rare chez les animaux de l'espèce bovine, lorsqu'ils se trouvent dans des conditions hygiéniques défectueuses, résultant soit d'une alimentation de mauvaise qualité, soit d'une trop grande agglomération. Ainsi, l'herpès s'est développé chez les veaux rassemblés à Lyon en prévision du siége. Aux environs de Grenoble, une année de mauvais fourrage, M. Dron a constaté des plaques, rappelant l'herpès tonsurant, sur plusieurs individus d'un nombreux troupeau; les bouviers, au dire du propriétaire, étaient fréquemment atteints de dartres avec chute des cheveux. M. Dron a vu beaucoup de malades, surtout des paysans, qui rapportaient leur affection à des animaux de l'espèce bovine; aussi le fait de M. Horand lui paraît assez probant.

M. HORAND. La transmission de l'herpès de l'espèce bovine à l'homme est rare à Lyon, mais fréquente en Vendée. Plusieurs auteurs, entre autres Reynal, en ont cité des centaines d'exemples. J'ai vu des cas de contagion du cheval à l'homme, mais je n'avais pas encore rencontré un exemple de transmission de l'espèce bovine à l'homme.

M. ODIN présente des pièces relatives à une hydronéphrose.

M. GLÉNARD lit un mémoire sur le *traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids*. (Voir p. 142 et 220.)

DISCUSSION.

M. BOUCAUD a observé dernièrement quatre malades atteintes de fièvre typhoïde. Ces quatre malades, admises dans la salle Sainte-Jeanne et traitées par la méthode des bains froids, guérirent toutes. Il y en avait une qui avait une dothiénentérie exceptionnellement grave. Des épistaxis assez abondantes pour faire appliquer le tamponnement, des hémorrhagies utérines, des selles goudronnées, le délire et l'élévation de la température avaient fait porter un pronostic fatal. Traitée par les bains froids, les hémorrhagies cessèrent, puis le délire disparut et finalement la malade sortit guérie.

Dans ce cas le bain froid a arrêté l'écoulement sanguin; mais M. Boucaud a observé que les bains froids n'arrêtent pas les règles.

M. Boucaud a pris la température de l'eau du bain avant l'introduction et après la sortie du malade, et il a vu que cette température augmentait généralement de 1°, et que dans un cas où la malade présentait une température de 41°, la température de l'eau avait augmenté de 3°.

M. R. TRIPIER rapporte six nouveaux cas de fièvre typhoïde traités par les bains froids et observés par MM. Michel et Henri Rondet.

Ces faits sont d'autant plus remarquables que trois des malades étaient des enfants, et l'on sait que chez eux la dothiénentérie est plus grave que chez les adultes.

M. Tripier a employé cette méthode dans plusieurs cas, et les résultats qu'il a obtenus en ont fait un zélé défenseur.

M. Poullet signale un cas de fièvre typhoïde traité avec succès par les bains froids. Il s'agit d'un malade du docteur Montvenoux (de Montluel), qui, au huitième jour de la maladie, présentait des taches rosées lenticulaires avec une température axillaire de 42°.

M. Bondet. Telle qu'elle vient de nous être présentée et formulée par cette phrase aphoristique : « Toute fièvre typhoïde traitée régulièrement dès le début par les bains froids sera exempte de complications et guérira, » la question du traitement de la fièvre typhoïde s'impose et ne se discute pas. Cette proposition, étayée par M. Glénard sur quarante observations, est-elle rigoureusement exacte? Jusqu'à présent les faits sont en sa faveur, et les guérisons constantes qu'il signale semblent donner raison à cette affirmation : l'avenir la confirmera-t-il, et grâce à l'eau froide ne verrons-nous plus et ces formes foudroyantes qui tuent le malade en quelques jours et ces graves complications, telles que hémorrhagies intestinales, embolies cardiaques, perforations, dont l'issue est presque toujours fatale ? Tout en le désirant, je crains pour la méthode des bains froids des démentis d'autant plus énergiques qu'elle aura été plus affirmative dans ses prétentions à l'infaillibilité.

Il faudrait, pour que ces prétentions fussent fondées, que le bain froid pût juguler et les processus typhiques et les lésions fondamentales de la dothiénentérie. Or, de l'aveu même de Brand, la puissance de sa méthode ne va pas jusque là. On peut, en effet, citer d'après Brand lui-même ce relevé de quatorze cents cas de fièvre typhoïde traités méthodiquement par l'eau froide avec une mortalité de 4.7 pour 100. Toutefois, ces résultats sont assez brillants pour qu'il me paraisse intéressant d'en rechercher la cause.

Est-ce bien à l'eau froide et uniquement à l'eau froide qu'il faut les attribuer ? Je ne le pense pas. Je suis persuadé, quelque paradoxale que puisse paraître cette idée, qu'une bonne part des résultats de ce traitement revient à la suppression de tout traitement. Plus je vois en effet et plus je suis convaincu que moins on traite la fièvre typhoïde mieux elle guérit. Actuellement cette maladie est devenue pour moi une sorte de *noli me tangere* médical qui supporte mal le médicament, qu'une thérapeutique active aggrave presque toujours et qui guérit d'autant mieux qu'on la drogue moins.

Sans parler des émissions sanguines, généralement abandonnées aujourd'hui, je puis affirmer que souvent, très-souvent à la suite de purgatifs légers, tels que l'eau de Pullna, de Sedlitz, calomel, magnésie, etc., j'ai vu augmenter la sécheresse de la langue, le météorisme, le pouls devenir plus dicrote, les gencives et les dents plus fuligineuses, l'adynamie plus accusée, la fièvre, en un mot, prendre des allures plus graves.

L'extrait de quina n'est pas toujours sans influence sur la sécheresse et les fuliginosités de la bouche. Le sulfate de quinine lui-même n'a pas toujours été sans influence sur les phénomènes adynamiques et certaines complications cérébrales.

Ces faits, joints à l'idée que la dothiénentérie n'est que l'expression d'une sorte d'empoisonnement de l'organisme, assez semblable aux empoisonnements produits par les virus des fièvres éruptives et non une simple fermentation, ainsi que le veut Brand, m'ont conduit à supprimer du traitement de cette maladie la plupart des médications conseillées jusqu'à présent.

Conditions hygiéniques, aération aussi parfaite que possible, boissons fraîches gazeuses et acidulées, infusions légères de camomille additionnées de suc de citron, de rhum ou de cognac, et surtout vin et alimentation régulière à l'aide de bouillons et de potages, tels sont les seuls moyens que j'emploie contre cette grave pyrexie.

Depuis cinq ou six ans, jamais je ne me suis départi de ma réserve habituelle contre toute dothiénentérie à marche régulière. Depuis cette époque, non-seulement j'ai vu la fièvre typhoïde guérir plus souvent qu'autrefois, mais, et c'est là un fait sur lequel j'ai bien souvent appelé l'attention de mes internes et des élèves attachés à mon service, la maladie m'a paru revêtir des formes beaucoup moins graves qu'autrefois.

Ce que Brand et avec lui M. Glénard demandent à l'eau froide, j'ai cherché à l'obtenir non par l'expectation simple, mais à l'aide de l'hygiène, de l'alimentation et surtout avec le vin, de manière à soutenir un organisme toujours prêt à défaillir dans sa lutte avec le poison typhique et dans les efforts qu'il fait pour l'éliminer. C'est cette résistance, dans l'impuissance où je me trouvais d'atténuer une maladie à marche cyclique, pour ainsi dire fatale dans son évolution, que j'avais toujours en vue. Brand, au contraire, oublie le malade pour ne penser qu'à la maladie. C'est contre ses manifestations et surtout contre l'élévation considérable de la température qu'il utilise les bains froids.

Des points de départ aussi opposés pourraient faire croire à de grandes différences dans les résultats, et cependant je pense que ces différences n'existent pas. Que conclure de ces faits? c'est que la méthode de Brand n'agit pas seulement en abaissant la température, et que, dans les succès qu'elle proclame, une bonne part revient aussi à l'absence de toute thérapeutique et à l'alimentation suffisante pendant la durée de la maladie.

C'est là le point principal que je voulais essayer de démontrer. Ces réserves faites, je ne ferai aucune difficulté à me rallier à la pratique des bains froids dans le traitement de la dothiénentérie. Combinés avec les toniques et surtout avec le vin, qui élève toujours la puissance de résistance, je suis persuadé que dans les formes graves de la maladie. si l'on ne veut les appliquer toujours, ils trouveront de fréquentes indications et rendront de grands services.

Toutes mes félicitations à M. F. Glénard pour l'heureuse révolution que son travail doit apporter dans la dothiénentérie. Je dois cependant signaler un fait que j'observe en ce moment dans mon service. Il s'agit d'un malade traité il y a un mois pour une fièvre typhoïde à l'hôpital de la Croix-Rousse, où il a pris cent cinquante bains froids. Depuis cette époque, ce malade a conservé de la diarrhée persistante malgré tous les moyens employés. Doit-on rechercher l'origine de cette diarrhée dans la congestion profonde déterminée par les bains froids? Je ne saurais le dire.

A côté de ce malade se trouve un jeune homme qui a fait, il y a un mois,

dans la salle Saint-Martin, consacrée aux typhiques, un séjour de cinq jours. Ce malade présente depuis cette époque tous les symptômes de la dothiénentérie. Ne doit-on pas regarder ce cas comme un fait de contagion ? Je pense en tout cas que l'on doit admettre les typhiques dans des salles qui leur soient exclusivement consacrées.

M. Tripier reproche à M. Bondet de ne pas apporter de statistique pour qu'on puisse comparer les deux méthodes. Il a consulté la statistique des hôpitaux; il a trouvé :

En 1865, 45 décès.

En 1866, traitement par les toniques (rapport Garin), 47.

En 1867, 30 décès.

En 1868 (rapport Pomiès), 23 %.

Il croyait avoir une statistique plus favorable; pourtant, en rassemblant ses cas, il a vu que la mortalité était à peu près la même à la Croix-Rousse. Sur 10 cas, du 22 septembre 1869 au 8 juillet 1870, il a eu 9 guérisons, 1 mort, soit 10 %. A l'Hôtel-Dieu, du 22 mai 1871 au 14 novembre 1873, sur 36 cas, 26 guéris, 10 morts, soit 27,7 %. En tout, 46 cas, 11 morts, 23,9 %.

Le traitement a été à peu près semblable à celui indiqué par M. Bondet, c'est-à-dire a consisté surtout à alimenter et à tonifier le malade par l'eau albumineuse, le vin, etc. En outre, il a employé, lorsque la température s'élevait, le sulfate de quinine, non par la bouche, mais en lavements.

En somme, il demande à M. Bondet de signaler les accidents dont il a attribué la cause à la méthode de Brand, et il le prie en outre d'établir la statistique des cas qu'il a observés.

M. Bondet revient sur ce qu'il a avancé précédemment, c'est-à-dire que la méthode de Brand, qu'il accepte du reste, ne saurait prévenir les perforations intestinales, ni changer l'issue de ces cas foudroyants de dothiénentérie.

Il a observé récemment un de ces dernier cas. Le malade, qui était alcoolique, fut pris de malaise pendant les trois premiers jours, puis subitement, le quatrième jour, survint une élévation considérable de température, avec du délire, etc., et le cinquième jour il mourait. Or, dans des cas pareils le diagnostic, ne peut être établi qu'au bout d'un certain temps, et alors il est trop tard pour appliquer les bains froids.

M. Tripier fait remarquer qu'on ne saurait se servir de pareils faits contre la méthode des bains froids, puisqu'elle n'a pas été appliquée.

Le secrétaire annuel : P. Colrat.

(A continuer.)

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

Sur la périarthrite du genou, par le professeur Gosselin. — Nous avons donné, il y a quelques mois (*Lyon Médical*, t. xi, p. 464), un résumé du travail publié par M. Duplay dans les *Archives de médecine*, sur la *périarthrite de l'épaule*. Étendant cette étude à une autre articulation, celle du genou, M. Gosselin fait connaître les faits de ce genre qu'il a pu observer. Il n'a vu que des cas de périarthrite subaiguë, à forme congestive. Ces faits, au nombre de quatre, se rapportent exclusivement à des jeunes filles et jeunes femmes de quatorze, dix-huit et dix-neuf ans. Dans le premier cas, chute sur le genou gauche ; huit jours après, douleurs vives et claudication ; pas de tuméfaction ; douleurs à la pression au niveau de la tubérosité antérieure du tibia, du ligament rotulien et au-devant de la rotule ; puis flexion du genou par contracture du biceps, des demi-tendineux et demi-membraneux, et crépitation fine et sèche au niveau de la bourse antérotulienne ; repos, pommade belladonée, bande de flanelle ; guérison le vingt et unième jour. Dans le second cas, après une chute sur le genou, mêmes symptômes ; on dut de plus redresser le membre pendant l'anesthésie. Le troisième cas est une observation de périarthrite subaiguë et récidivante, probablement rhumatismale, du genou gauche, à la suite d'une longue promenade ; rien dans l'articulation, même flexion et même crépitation fine prérotulienne que dans les deux premiers cas ; guérison, récidive au bout d'un mois, nouvelle guérison. Dans la quatrième observation, mêmes phénomènes, moins la contracture des fléchisseurs ; guérison en quelques jours.

M. Gosselin différencie ensuite ces faits de la maladie hystérique des articulations; il admet que, étant donné l'âge des malades, la phlegmasie a pu avoir pour point de départ la ligne épiphysaire et amener par action réflexe la contracture des fléchisseurs ; il résume la description en trois symptômes principaux :

1° Douleurs spontanées et à la pression, sans gonflement ;
2° Crépitation antérotulienne ;
3° Contracture des fléchisseurs.

Il admet qu'il peut y avoir d'autre formes, qu'il peut y avoir des périarthrites chroniques, et croit en avoir observé un exemple avec Cloquet en 1844. Il pense enfin que de nouvelles recherches feront décrire la périarthrite pour les autres articulations. (*Arch. gén. de médecine*, oct. 1873.)

De la coloration bleue des linges à pansement, par M. Longuet. — Dans ce travail intéressant, basé sur l'étude

d'une épidémie de coloration bleue des linges à pansement observée, en 1872, dans le service de M. Gosselin, et comprenant des recherches cliniques, historiques, chimiques et expérimentales, M. Longuet prétend que la *suppuration bleue* n'est pas *une*, et qu'il faut distinguer plusieurs espèces de ces colorations bleues anormales. Il en admet trois principales :

1° Une coloration bleue spéciale du pus, qui est la *vraie suppuration bleue*, c'est-à-dire la coloration primitive du pus par une matière colorante venant de l'économie. Elle se forme au sein même des tissus ; elle est caractérisée par la présence de sels biliaires ou hématiques isolables par les réactions chimiques ; elle est l'analogue des colorations bleues présentées par d'autres liquides (urines bleues, lait bleu, sueurs bleues, sérosité bleue des vésicatoires), colorations nées à l'abri du contact de l'air, et qui ont par conséquent pour point de départ évident une modification des humeurs (Sédillot, Robin).

2° Une coloration bleue, qui n'est pas de la suppuration bleue, et due à la présence de champignons ; apparaissant loin des plaies, quand les linges à pansement ne sont pas renouvelés fréquemment ; ayant pour cause une simple production de moisissures (suppuration bleue de Cadet de Gassicourt ; taches bleues de Robin, Lucke, Billroth).

3° Une coloration bleue *particulière*, qui n'est due ni à la production de végétaux, ni à une modification des humeurs, que M. Longuet a développée sur des parties de peau saine et exempte de solutions de continuité, coloration dont la nature est encore inconnue, mais qui n'a aucun rapport avec le pus ou la suppuration.

C'est cette dernière que l'auteur a spécialement étudiée, qu'il propose de nommer *cyanochrose*, et sur laquelle il donne en terminant les conclusions que voici :

Cette coloration est caractérisée par les particularités suivantes :

Elle apparaît *brusquement* et disparaît *brusquement*.

Elle apparaît sur des points de la peau où il y a une plaie et sur des points tout à fait sains ;

Elle dure un temps très-variable ;

Elle n'exerce aucune modification dans l'état local des plaies et dans l'état général des malades ;

Elle ressemble beaucoup par sa marche à l'érysipèle ;

Elle se présente sous forme d'épidémie ;

Elle naît de préférence quand l'atmosphère humide et chaude contient de l'ozone et par les temps d'orage ;

Sa présence est d'un pronostic très-favorable ;

Sa nature est encore inconnue. (*Archives gén. de médecine*, janvier 1874.)

Septicémie aiguë à forme gangréneuse, par le docteur Terrillon. — Sous ce nom, l'auteur décrit une complication des plus redoutables, survenant à la suite de blessures variées, caractérisée localement par de l'œdème, une teinte bronzée, l'emphysème et la gangrène, et s'accompagnant de phénomènes généraux peu graves : température ne dépassant guère 39°, bien-être relatif du malade, pouls très-fréquent. Il termine son travail par les conclusions suivantes :

1° On a décrit sous le nom de gangrène foudroyante, pneumohémie putride (Maisonneuve), érysipèle bronzé (Velpeau), emphysème gangréneux, intoxication traumatique (Chassaignac), œdème aigu purulent (Pirogoff), infection putride aiguë (M. Perrin), une complication redoutable des grands traumatismes, dont les symptômes qui ont servi à la désigner ne sont que des phénomènes accessoires.

2° Cette complication rentre dans la classe des septicémies, à cause de son origine, de sa marche et du résultat fourni par l'anatomie pathologique.

3° On doit renoncer à la décrire sous un nom qui ne représente qu'un des symptômes variables qui l'accompagnent ; aussi doit-on employer pour la désigner le nom de septicémie aiguë à forme gangréneuse, à cause de la marche et du symptôme le plus saillant. (*Archives gén. de méd.*, fév. 1874.)

De la section du nerf buccal par la bouche ; règles opératoires à suivre ; opération chez une femme, par Panas. — Voici l'analyse d'une note sur ce sujet lue à l'Académie de médecine le 23 décembre 1873. Le but de cette communication est, dit M. Panas, de remplir une lacune des livres de médecine opératoire, qui ne font aucune mention du mode opératoire à suivre pour pratiquer la section du nerf buccal.

Jusqu'ici un seul procédé a été décrit, celui qui consiste à aller à la recherche du nerf de la peau vers la profondeur. On pourrait l'appeler procédé de Michel (de Strasbourg) qui le premier fit, en 1856, la section du nerf buccal. Il est bien décrit dans les thèses de Voisard (Strasbourg, 1864), de Goux (id., 1866), et l'ouvrage de Létiévant (*Traité des sections nerveuses*, 1873).

D'après M. Panas, Nélaton aurait fait la première tentative de section du nerf par la bouche en 1857, et ce procédé a été de nouveau exécuté par lui en 1864. Malheureusement il ne reste aucune mention des règles suivies par Nélaton. Aussi M. Panas, avant de mettre ce procédé en œuvre, a dû étudier la question opératoire sur le cadavre, et il est arrivé à poser les règles opératoires suivantes :

Premier temps. Le malade assis contre le jour et la bouche largement ouverte et bien éclairée, l'opérateur appplique l'extrémité de l'index gauche vers le milieu du bord coronoïdien de la

branche du maxillaire. Il pratique, parallèlement à son ongle, une incision verticale de 2 1/2 centimètres de long, et qui commence à un point correspondant au milieu de la dernière molaire supérieure, pour aboutir à la dernière molaire inférieure. Cette incision ne doit comprendre que la muqueuse.

Second temps. Le muscle buccinateur ainsi à découvert, on sectionne toutes les fibres mises à nu, verticalement et couche par couche, de façon à respecter le nerf buccal, immédiatement sous-jacent, et la boule graisseuse de la joue.

Troisième temps. On va alors à la recherche du nerf, qui se dirige transversalement d'arrière en avant, suivant une ligne fictive allant du bord coronoïdien du maxillaire à la commissure labiale. Un petit crochet mousse, porté vers le milieu de l'incision, permet de charger le nerf sans tâtonnements ; puis on en fait la section ou l'excision à l'aide d'une paire de ciseaux courbes sur le plat et à pointes mousses.

Les seuls vaisseaux un peu importants que l'on coupe forcément sont l'artériole et la veinule buccales, satellites du nerf; la torsion de l'artériole arrête toute hémorrhagie. La présence de cette artériole facilite la recherche du nerf, et il suffit de porter le crochet là où paraît un fin jet artériel pour être à peu près sûr de rencontrer le nerf et pour le couper. D'ailleurs, la douleur vive que ressent le malade par le tiraillement du nerf ne laisse aucun doute sur la réussite de l'opération ; de même la diminution de la sensibilité de la peau et de la muqueuse de la joue du côté de la commissure correspondante immédiatement après la section du nerf.

Pour être plus sûr que tous les filets du buccal ont été coupés, il sera bon d'inciser le buccinateur dans toute l'étendue de la plaie faite à la muqueuse, et d'entamer même un peu, s'il le faut, la boule graisseuse de la joue.

Les avantages de ce procédé intra-buccal sur le procédé externe exécuté par MM. Michel, Létiévant et Valette sont :

D'être d'une exécution plus facile et plus sûre.

De ne produire aucune cicatrice à la peau et d'éviter ainsi une difformité apparente, surtout chez la femme.

De ne pas exposer l'opérateur à blesser l'artère faciale ou le canal de Sténon, auquel cas on peut avoir pour conséquence une fistule salivaire.

De ne pas craindre qu'un érysipèle intercurrent ne vienne compromettre l'état de l'opéré, comme cela s'est vu chez un des opérés de Michel.

M. Panas a opéré par ce procédé une femme de soixante-cinq ans, entrée dans son service de Lariboisière le 3 novembre 1873, et atteinte d'une névralgie trifaciale du côté droit datant de douze ans; cette névralgie avait résisté à tous les moyens médicaux ; de plus, elle paraissait avoir pour siége principal le nerf buccal,

tout en s'irradiant du côté du nerf lingual, du nerf dentaire, et aussi, quoique moins souvent, du côté du nerf sous-orbitaire. L'opération a consisté à couper le nerf buccal seul, et cette section a suffi pour supprimer, jusqu'à présent au moins (un mois après l'opération), la névralgie en question.

Quoi qu'il en soit du résultat final, toujours est-il que l'opération faite d'après les règles posées précédemment est, non-seulement sûre, mais facile dans son exécution.

M. Panas, en terminant, résume les divers cas de section du nerf buccal qu'il a trouvés relatés. Ces faits sont en petit nombre; y compris le sien, il y en a sept en tout. Ce sont :

2 cas de Michel, dont 1 suivi de succès;
2 cas de Nélaton, dont 1 seul avec succès;
2 de Létiévant et Valette, dont 1 avec succès;
1 de Panas, à suivre.

En résumé, 2 insuccès (Michel et Nélaton) 1 demi-succès (Létiévant), 3 succès (Michel, Nélaton, Valette et Létiévant), 1 cas à suivre.

Les résultats fournis par cette névrotomie, tout en étant encore trop incertains, ne manquent pas néanmoins d'être encourageants, puisqu'il s'agit ici de cas de névralgie désespérés, ayant résisté à toutes les médications employées auparavant. (*Gazette hebdom.*, 16 janvier 1874.)

Hygiène des hôpitaux. — M. Bouchardat divise en trois classes les maladies au point de vue de l'opportunité d'un traitement nosocomial : 1° pour les unes l'encombrement est pour ainsi dire indifférent : ce sont les maladies inflammatoires, les intoxications, la plupart des affections génito-urinaires ou encéphaliques, ou de la peau, et les maladies contagieuses transmissibles par contact ou inoculation; 2° pour les secondes l'hôpital est modérément nuisible : ce sont les maladies contagieuses *à miasme diffus* permanent (fièvre typhoïde, variole, rougeole, scarlatine chez les adultes). Les maladies contagieuses qui se développent épidémiquement peuvent être rangées plutôt dans la troisième classe, qui renferme 3° des affections dont la gravité dépend de diverses conditions :

a. — *De l'âge*, qui offre un terrain vierge aux miasmes de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche et du croup; quelques-unes de ces maladies revêtant d'ailleurs des caractères malins par le fait de l'encombrement.

b. — *Du sexe, l'accouchement.* Le ferment morbide de la fièvre puerpérale peut naître chez toutes les accouchées, mais sa naissance spontanée est infiniment rare. Sa transmission par l'air n'est démontrée par aucun fait; il est probable que le contact est nécessaire; dès lors, il faut qu'il n'y ait rien de commun entre les femmes atteintes et les nouvelles accouchées. Les maternités

doivent être fermées au moindre indice d'épidémie, et il faut multiplier les accouchements à domicile ou chez les sages-femmes.

c. — *Pour les grandes opérations*, l'encombrement devient la cause de la multiplication de l'infection purulente, qui peut être rapprochée de la fièvre puerpérale et devrait provoquer des mesures analogues, et de l'érysipèle contagieux, qui peut être quelquefois transmis par inoculation, mais paraît l'être surtout par l'intermédiaire de l'air.

La ventilation est impuissante à conjurer ces dangers ; les hôpitaux les mieux ventilés, à Paris, sont ceux où la mortalité des femmes en couches et des opérés est le plus élevée. M. Bouchardat l'attribue à ce que l'air n'y arrive jamais frais au contact des poumons des malades, et qu'on se prive ainsi d'un puissant agent antifébrile. Les hôpitaux sous tente pourront rendre des services. Les désinfectants de l'air n'ont qu'une valeur secondaire.

Le véritable remède préventif serait la dispersion des catégories de malades qu'il est dangereux de réunir. Pour les maladies contagieuses épidémiques, les foyers sont bien plus à fuir que les contagionnés dispersés.

Pour les enfants, les accouchées et les blessés, il faut réduire les admissions au minimum par les secours à domicile, et mêler les premiers et les derniers aux vieillards et aux infirmes.

« Ce n'est ni le nombre des maladies ni le défaut de système de ventilation, ni les hôpitaux mal aménagés, avec des étages nombreux, qui constituent *la vraie cause* des dangers de l'encombrement nosocomial, mais bien la réunion de malades appartenant à une des catégories précisées plus haut. » (*Revue scientifique*, décembre 1873.)

THÉRAPEUTIQUE

Emploi combiné de l'iodure de potassium et du carbonate d'ammoniaque, par le docteur P. M. Sweeny. — Sir James Paget a démontré que le carbonate d'ammoniaque augmente beaucoup les effets thérapeutiques de l'iodure de potassium ; M. Sweeny a pu se convaincre de la vérité du fait et a constaté par expérience que 25 centigrammes d'iodure de potassium agissent autant que 40 centigrammes de ce même sel quand on les administre en même temps que 15 centigrammes de carbonate d'ammoniaque. Il cite, entre autres observations, l'histoire d'un syphilitique qui portait au bras gauche une plaie de mauvaise nature qui donnait en abondance un pus extrêmement fétide ; très-peu de temps après l'administration quotidienne de 25 centigrammes d'iodure de potassium unis à 15 centigrammes de carbonate d'ammoniaque, la mauvaise odeur disparut complètement et la guérison ne tarda pas à se faire.

L'emploi combiné de ces deux médicaments a donné aussi de très-beaux résultats dans le traitement des anévrysmes internes ; il a rapidement soulagé les malades et provoqué le durcissement de la tumeur.

On peut employer le même mode de traitement dans le rhumatisme chronique et, en général, toutes les fois que l'iodure de potassium est indiqué ; mais il faut savoir que, dans ces cas, ce n'est qu'avec précaution qu'il faut augmenter les doses de l'iodure, à cause de l'influence multiplicatrice que le carbonate d'ammoniate a sur ses effets. (*The British med. journal*, 10 janvier 1874.)

De l'emploi de l'alcool dans la fièvre typhoïde et le choléra infantile, par le docteur FOURRIER. — La plupart des observations qui ont été relatées par l'auteur, et qui sont au nombre de quinze, ont été prises sur les soldats allemands reçus dans les salles de l'ambulance internationale qui avait été organisée pendant la guerre de 1870 ; quelques-unes ont été recueillies par l'auteur dans sa pratique civile. Il est résulté de l'examen de ces observations ce fait important que la maladie a eu une durée moindre chez les malades traités par l'alcool, bien que les symptômes eussent été aussi graves dans les deux séries. La durée moyenne a été de cinquante-cinq jours environ pour les malades qui n'avaient pas pris d'alcool, tandis que chez les autres elle a été de trente à quarante jours seulement ; de plus, la mortalité a été moindre. Aussi M. Fourrier croit-il pouvoir conclure de l'analyse des faits :

1° Que l'alcool a sur la marche de la fièvre typhoïde une action des plus favorables, qu'il en abrége la durée ;

2° Que ce médicament paraît surtout être utile dans les cas où l'on observe le délire, et que ce symptôme disparaît rapidement sous l'influence de l'alcool.

L'auteur cite six observations de choléra infantile traité avec succès par ce même agent (*Revue des sciences médicales*, 15 janvier 1874).

Du traitement de la petite vérole à Vienne. — Le docteur Carl Schweigerhof, de Vienne, dans une lettre adressée à *The Irish hospital Gazette*, indique la manière dont on traite la variole à l'hôpital Wiedner. Dès son admission, chaque malade, quelle que soit la période de la maladie, est lavé de la tête aux pieds avec de l'eau savonneuse chaude, puis on l'essuie avec soin et on le met au lit. On lui enveloppe tout le corps de linges trempés dans un mélange de glycérine et d'eau (une partie de glycérine pour deux parties d'eau) ; on lui met sur la face un masque de même nature imbibé de la même solution, mais en y laissant une ouverture pour la face et les yeux. On répète le lavage chaque jour, et on change les linges dès qu'ils sont

devenus secs, jusqu'à ce que toute trace d'éruption ait disparu. Ce mode de traitement est, il est vrai, assez incommode, mais les résultats obtenus sont extrêmement satisfaisants. Il diminue les sensations douloureuses de tension et de chaleur et prévient la formation des cicatrices.

La mortalité sous ce traitement, pendant la dernière épidémie de variole, était d'environ 4,43 pour cent (2,42 pour les hommes et 6,45 pour les femmes); la durée moyenne du traitement était de quinze jours. A l'hôpital de Vienne, où l'expectation était en faveur, la mortalité fut de neuf pour cent, et la durée moyenne du traitement s'éleva à dix-huit jours. La différence en faveur du premier mode de traitement est donc considérable. (*France médicale*, 17 janvier 1874.)

Du meilleur mode d'emploi du chlorate de potasse comme topique dans la stomatite mercurielle, par le professeur Gosselin. — Le chlorate de potasse, que l'on emploie d'une façon à peu près constante dans la stomatite mercurielle, la pharyngite, la laryngite, n'agit pas toujours aussi rapidement que le désireraient le médecin et surtout le malade. Dans bien des cas même, lorsque l'absorption mercurielle a été poussée très-loin, on est obligé d'employer les cautérisations avec l'acide chlorhydrique, qui, malgré les précautions que l'on peut prendre, n'est pas sans danger sur les dents.

Le professeur Gosselin emploie le chlorate de potasse de telle façon que l'action en est extrêmement rapide et énergique, ce qui permet de se passer de tout autre moyen.

Voici son procédé :

On fait une solution aussi concentrée que possible de chlorate de potasse, et, au besoin, pour calmer les douleurs de la stomatite, on y ajoute quantité suffisante de laudanum et d'eau de laurier-cerise.

On trempe des plumasseaux ou des tentes de charpie dans ce mélange, et on les introduit dans les gouttières gingivales, en haut et en bas, le malade les garde plusieurs heures par jour, en crachant au besoin, et les renouvelle deux ou trois fois. (In *ibid.*)

REVUE DES LIVRES

Des lésions des nerfs et de leurs conséquences, par le docteur S. Weir Mitchell, traduit et annoté par M. Dastié; préface par M. le professeur Vulpian. — Paris, G. Masson, 1874.

(Fin). — Voir le n° 5.

Passons maintenant aux nerfs trophiques. Il est bien vrai que les preuves anatomiques manquent absolument à la théorie des

nerfs trophiques, en ce sens au moins que l'on n'a découvert aucune fibre nerveuse d'une structure différente de celles que présentent les autres nerfs. Mais pourquoi exiger ici une structure différente, alors que nerfs sensitifs, moteurs et vaso-moteurs nous présentent une structure identique.

Anatomiquement, on dit qu'un nerf est moteur quand il aboutit à un muscle, sensitif quand il se rend à un des organes des sens. L'existence des nerfs trophiques ne saurait être prouvée anatomiquement que par la terminaison de filets nerveux dans des organes dépourvus à la fois de sensibilité, et de fonctions motrices ou sécrétoires. Ceci ne serait pas une preuve absolue, mais la seule preuve anatomique que l'on puisse exiger, et, en tous cas, une forte présomption en faveur des nerfs trophiques.

Cette démonstration a été faite par Lipman pour l'épithélium postérieur et les nucléoles des corpuscules de la cornée ; par Hensen pour l'épithélium de la peau des grenouilles par Eberth, pour les corpuscules du tissu conjonctif de la queue des têtards par Laugherans, pour le corps muqueux de Malpighi, par Cohneim, pour l'épithélium antérieur de la cornée.

Quelle raison d'être peuvent avoir ces filets nerveux, que de nouvelles recherches multiplieront vraisemblablement, et que déjà on a appelés *nerfs cellulaires ?* Il ne semble pas possible de leur attribuer une fonction quelconque, si on refuse de croire qu'ils président à la nutrition des cellules auxquelles ils viennent aboutir. C'est donc à tort que l'annotateur du livre dit que l'existence des nerfs trophiques ne peut être prouvée que par une démonstration directe : la seule preuve anatomique que l'on puisse donner, la voilà, et nous avouons qu'elle n'est pas concluante.

Quant aux preuves expérimentales, nous citerons, sans trop y insister les expériences de Waller, Schiff, Meisner et Brown Sequard, qui ont obtenu des modifications trophiques des parties dans lesquelles se distribuent le sciatique et le trijumeau, par l'excitation repétée de ces nerfs. Mentionnons aussi les expériences citées plus haut, de Ludwid et de Wittich, et les recherches de Pfluger, qui a suivi les tubes nerveux jusque dans les cellules glandulaires. On ne saurait légitimement conclure de l'existence des nerfs glandulaires à celle des nerfs trophiques. Cependant s'il existe des nerfs spéciaux qui président aux fonctions de sécrétion, on est porté à croire qu'il en est d'autres préposés à la nutrition, fonction d'importance égale, et beaucoup moins directement soumise, en apparence, à l'influence des vaso-moteurs.

Nous arrivons enfin à la troisième série de preuves : celles-ci sont tirées de la pathologie des affections nerveuses. Ici le problème est des plus complexes, et ne saurait être ramené à ses éléments, il se présente dans de telles conditions que l'interprétation des phénomènes observés, cliniquement ou anatomo-pathologiquement, ne saurait être absolument rigoureuse, et que chacun peut y trouver une confirmation de ses idées. Une maladie

qui a paru plus que favorable à l'hypothèse des nerfs trophiques est celle que Romberg a décrite sous le nom d'*hémiatrophie faciale*, et dont le symptôme dominant est une atrophie partielle de la peau et du tissu conjonctif sous-cutané d'une moitié de la face. Quelques autopsies ont fait reconnaître tantôt une altération du nerf trifacial tantôt une maladie des centres nerveux.

Dans *la paralysie essentielle ou spinale des enfants*, il s'agit, on le sait, d'une paralysie atrophique à marche rapide : les autopsies de Charcot, Parrot, Jeoffroy et Vulpian, ont montré des lésions des cordons antéro-latéraux de la moelle et des racines antérieures, lésions variables dans leur développement, mais toujours en rapport avec le siége de l'atrophie musculaire. Récemment, dans un cas semblable, Reckling'hausen a constaté une atrophie des cellules ganglionnaires des cordons antérieurs et de la partie antérieure des cordons latéraux.

Des recherches de Valentiner, Gull, Clarke, Luys, et plus récemment de celles de Gumin, Bamberger, Jeoffroy, Rosenthal, etc. il résulte que *l'atrophie musculaire progressive* et la plupart des névroses accompagnées d'atrophies sont des myélites chroniques; siégeant spécialement sur les cordons latéro-antérieurs de la moelle. A celles-ci se rattachent les études de Leyden sur l'intéressante névrose appelée *paralysis glosso-pharyngo-labialis*, laquelle s'accompagne aussi d'atrophie des muscles affectés, et se trouve souvent accolée à l'atrophie musculaire progressive dont elle est le début ou l'état final. Leyden trouva constamment encore une myélite chronique, avec dégénérescence des cordons latéro-antérieurs et atrophie graisseuse des racines antérieures. Dans une autre névrose, rarement observée, l'*hypertrophie musculaire progressive* ou *lipomatosis musculorum luscunaris* (*atrophia musculorum lipomatosa* de Knoll), le volume des muscles affectés paraît augmenté par l'accumulation de la graisse dans les interstices des faisceaux musculaires, tandis que ces faisceaux eux-mêmes disparaissent ; une autopsie de Barth montra la dégénérescence des cordons latéro-antérieurs de la moelle.

Enfin, certains cas de *zona* ont pu être rattachés soit à une lésion des nerfs intercostaux, lésion causée par une hypertrophie cardiaque, ou par un anévrysme thoracique, soit aux origines spinales des nerfs intercostaux et des ganglions intervertébraux : autopsies de Danielsen, Eisenmann, Barensprung, Charcot, etc. Veidner, dans la clinique de Gerhardt, a décrit un cas de zoster scapulo-brachial avec altération histologique des racines postérieures du premier nerf thoracique et induration du névrilème. Le même a décrit un autre cas de zona, en rapport avec la première branche du trijumeau, avec altérations du ganglion de Gasser.

Enfin, Virchow a anatomiquement démontré la lésion nerveuse dans *la lèpre anesthesique et névro-paralytique*.

Nous ne saurions tenter ici une énumération complète ni même abrégée de toutes les maladies ou blessures des nerfs qui ont

amené des accidents trophiques dans les parties correspondantes. Pour plus ample informé, nous renvoyons aux auteurs cités. Mais que conclure de tout cela ? Il nous semble que l'on peut admettre dès maintenant l'influence trophique des nerfs mixtes, éliminant à la fois l'hypothèse de l'influence prépondérante des vaso-moteurs et la négation de Wirchow relativement à l'action du système nerveux sur la nutrition,

Deux hypothèses restent en présence : dans la première, on attribue à des nerfs spéciaux, dits nerfs trophiques, les lésions de nutrition : dans la seconde, à laquelle se rattachent le docteur Weir Mitchell comme M. Vulpian, ce sont les fibres nerveuses musculo-motrices ou sensitives qui conduiseut aux divers tissus l'influence trophique émanée des centres nerveux. Il nous semble que l'on pourrait compléter cette hypothèse, qui ne suffit évidemment pas à tous les tissus, en disant que chaque nerf qui se rend à un organe préside à la fois à sa nutrition et à sa fonction.

Entre ces deux hypothèses, il est difficile de se prononcer, car toutes les preuves que l'on a pu accumuler en faveur des nerfs trophiques spéciaux gardent la même valeur dans la seconde hypothèse, et l'appuient avec la même force. Si le tissu conjonctif ou le corps muqueux de Malpighi n'ont pas de fonctions actives comme les glandes ou les muscles, ils ne doivent cependant pas être dépourvus de nerfs dans aucun cas, suivant la seconde hypothèse. Mais ces deux opinions sont, en réalité, si peu éloignées l'une de l'autre, qu'il nous semble facile de les concilier dans une certaine mesure, c'est ce que nous allons tenter.

Au milieu des complications infinies que présente l'étude du système nerveux, un fait nous frappe par sa simplicité même. C'est l'identité de structure anatomique de tous les nerfs, moteurs, sensitifs ou vaso-moteurs, La fibre nerveuse ou, plus rigoureusement, le cylindraxe, l'organe essentiel, reste partout semblable à lui-même, quelle que soit la fonction qui lui est dévolue. De ce fait, rapprochons l'expérience suivante, due à MM. Vulpian et Philipeaux : ils sectionnent l'hypoglosse, nerf moteur de la langue, et arrachent le bout central avec ses racines bulbaires : ils sectionnent alors le pneumo-gastrique, et enlèvent une portion de son extrémité périphérique ; cela fait, ils réunissent bout à bout le tronc du pneumo-gastrique et la partie périphérique de l'hypoglosse : quatre mois après, la réunion est complète dans les fragments, l'excitation sur son trajet au coupé au-dessus du point de soudure amène des mouvements dans la langue.

De même, l'excitation de l'hypoglosse agissait sur les battements du cœur quand on réunissait le bout central de l'hypoglosse au bout périphérique du pneumogastrique.

Citons encore l'expérience de M. Bert. Il greffe, sous la peau du dos d'un rat, l'extrémité de sa queue ; lorsque la réunion est solide, il coupe la queue à sa base ; un an après, il constate de la douleur quand il pince l'extrémité libre de la queue, et en conclut

que les nerfs sensitifs transmettent les impressions dans les deux sens.

N'est-on pas fondé à conclure de ces faits que les nerfs sont tous semblables physiologiquement comme ils le sont anatomiquement? Leur origine différente, leur distribution dans des organes divers constitueraient alors les seules différences que l'on puisse observer entre eux, et si, jusqu'à présent, on a attribué à tel ou tel nerf des fonctions spéciales, c'est qu'il y a eu là une véritable confusion de mots. Un nerf n'a aucune fonction ; il n'est qu'un agent de transmission entre deux facteurs : le centre nerveux et l'organe périphérique, et sa constitution est telle qu'il est propre aux transmissions de toute nature. En d'autres termes, un nerf n'est ni moteur ni sensitif, mais il émerge des centres moteurs et aboutit à des fibres musculaires auxquelles il apporte l'ordre des centres moteurs ; il émerge des centres sensitifs et aboutit à des organes sensibles, dont il transmet les impressions aux centres nerveux ; tous ont des racines dans les centres trophiques et président à la nutrition des parties dans lesquelles ils se distribuent. Si l'on a cru que le courant des nerfs moteurs se produisait du centre à la surface et le courant sensitif dans le sens opposé, c'est, comme le dit M. Weir Mitchell, « qu'il n'existe qu'à l'une des extrémités seulement un appareil de réception capable de manifester l'ébranlement reçu. »

Ajoutons que certains excitants nerveux, tels que le froid, la dessication, le sel, le sucre, les acides, la bile, ont, d'après les recherches d'Eckardt Budge, Kuhne, Cl. Bernard et Vulpian, la même influence sur tous les nerfs, qu'ils soient sensitifs ou moteurs.

Des faits cliniques très-nombreux confirment aussi cette hypothèse, notamment ceux dans lesquels un nerf mixte étant détruit dans la presque totalité de son épaisseur, quelques cylindraxes seulement sont conservés; on a vu alors la motilité persister en même temps que la sensibilité.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce point; peut-être avons-nous déjà dépassé notre cadre. Il nous suffit d'avoir appelé l'attention sur cette nouvelle face de la question, que les recherches les plus récentes mettent de plus en plus en relief. Signalons cependant encore quelques passages dans le livre de M. Weir Mitchell.

Dans une étude très-complète des troubles de la sensibilité qui suivent les blessures des nerfs, l'auteur se demande pourquoi, lorsque la motilité et la sensibilité ont été toutes deux affaiblies ou perdues, la sensibilité se rétablit toujours la première. Voici l'explication ingénieuse, sinon absolument probante qu'il donne de ce fait, qui a frappé tout le monde : « Lorsqu'une fonction est entravée, une des conditions de son rétablissement ultérieur, c'est d'en provoquer l'accomplissement aussitôt que les désordres anatomiques sont réparés. Or, le sens du toucher est perpétuelle-

ment provoqué à entrer en action ; chaque contact est, pour ainsi dire, un nouveau stimulus.... Relativement aux mouvements volontaires, les choses sont tout à fait différentes : il n'y a pas ici, comme pour le toucher, un stimulus extérieur, passif, inévitable ; il faut, au contraire, un effort pénible et fatigant. C'est sans doute pour cela que la motilité reparaît moins vite que la sensibilité. »

Les chapitres consacrés à la symptomatologie et au traitement ont un grand développement et une grande valeur d'observation.

Signalons enfin une étude tout à fait remarquable sur la physiologie et les affections nerveuses des moignons. Ici, nous ne pouvons résister au plaisir de résumer le commencement de ce chapitre, afin d'en donner une idée aux lecteurs du *Lyon Médical*,

La sensibilité tactile des moignons est presque toujours plus ou moins atteinte : la sensibilité à la douleur presque toujours exagérée ; les douleurs sont parfois vives et spontanées, souvent elles paraissent sous l'influence du froid, de la chaleur, de l'humidité ou de l'approche d'un orage, ou encore par l'accomplissement d'un acte physiologique qui ne paraît avoir aucun rapport avec le moignon, par exemple le bâillement, la miction, la défécation.

La motilité peut être conservée à tous les degrés, certains mouvements peuvent même avoir plus d'ampleur qu'à l'état normal.

Les hallucinations sensorielles, qui n'ont été décrites nulle part avec quelque développement, fournissent à l'auteur quelques pages extrêmement intéressantes à plusieurs points de vue : « Presque toujours, l'homme qui a perdu un membre traîne avec lui un fantôme du membre absent, qui se dissimule quelquefois et parfois se fait sentir douloureusement. Sur 90 cas d'amputation, j'en ai trouvé 4 seulement qui n'ont jamais donné lieu à cette illusion. » Cette illusion va ordinairement en augmentant pendant le cours des semaines qui suivent l'amputation ; elle est d'autant plus vive que le moignon est dans de moins bonnes conditions. Un coup, une violence extérieure quelconque, mais surtout un courant électrique la font presque toujours apparaître. Parfois cette illusion est si vive que le malade s'y abandonne, et devient victime d'un accident qui en résulte. Non-seulement l'amputé a conscience du membre perdu, mais il peut éprouver dans ce membre des crampes, des démangeaisons, des picotements et encore d'autres sensations plus ou moins douloureuses, mais très-nettes.

Rarement l'amputé a la sensation du membre tout entier. La main ou le pied sont ordinairement sentis, plus rarement le poignet ou le cou-de-pied, presque jamais le coude ou le genou. A cette sensation incomplète se joint un sentiment de raccourcissement dans le membre amputé, de manière que la main devient voisine du moignon. Cependant si on applique un membre arti-

ficiel, la main ou le pied semble reprendre sa situation normale. Ce fait, qui semble bizarre, s'expliquerait, d'après M. Weir Mitchell, par la rectification involontaire que le sens de la vue imprime aux sensations tactiles réelles ou illusoires.

Les applications froides ou chaudes sur le moignon font naître dans le membre amputé une sensation de froid ou de chaleur ; de là une conséquence intéressante, c'est que les impressions calorifiques sur la continuité des nerfs peuvent développer les mêmes sensations rapportées toujours à leurs extrémités.

Enfin, il arrive que l'amputé a la sensation de la position du membre absent et même des mouvements accomplis par ce membre : ceci existe surtout pour le bras. La main peut être sentie le long du corps ou près de la poitrine, avec sensation de flexion du coude ou étendue en avant ; les doigts sont étendus ou fléchis. D'ordinaire, les membres perdus semblent suivre les mouvements du moignon ; parfois ils ont des mouvements volontaires ou involontaires, souvent douloureux.

Les courants électriques appliqués sur le moignon ou plus haut sur le trajet des nerfs, provoquent d'une manière frappante l'illusion d'extension et de flexion des doigts, même chez les amputés qui ont perdu depuis un grand nombre d'années tout sentiment du membre enlevé.

« Il paraît résulter de tout ces faits que, lorsque nous voulons un mouvement, il naît en même temps dans les mêmes centres spinaux des impressions qui vont renseigner le sensorium sur l'exécution de l'acte voulu, sur les déplacements successifs dont il se compose, sur la force avec laquelle il est accompli. »

Dr H. Charvet.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences. — Après avoir donné le compte-rendu des élections annuelles, abordons l'analyse du seul travail ayant quelque intérêt pour nos lecteurs. Il est de MM. Gosselin et A. Robin, et intitulé : *Sur l'urine ammoniacale, ses dangers et les moyens de les prévenir* ; ce mémoire est remarquable par un ordre et une clarté admirable et vraiment française ; le point de départ une fois posé, les conséquences sont si bien déduites qu'on croirait lire un travail de mathématiques.

Dans les maladies des voies urinaires, l'urine devient quelquefois alcaline et ammoniacale par la formation du carbonate d'ammoniaque. Or, absorbé par une plaie de la vessie ou de l'urèthre, c'est-à-dire par d'autres capillaires que ceux du tube digestif, ce carbonate est-il toxique ? Voilà la question, et voici les expé-

riences faites sur des lapins et des cochons d'Inde pour la résoudre :

1° Les auteurs ont d'abord injecté des *solutions aqueuses* de carbonate d'ammoniaque et ont constaté la mort très rapide des animaux, après des accidents convulsifs et tétaniques, lorsque la dose était portée à 1 gr. 10 sur les lapins, et à 0 gr. 45 sur les cochons d'Inde.

2° Ils ont ensuite employé des *solutions urineuses* de carbonate d'ammoniaque, et les résultats ont différé des précédents ; les accidents produits, au lieu d'être des phénomènes nerveux, ont consisté en malaise et élévation de température, c'est-à-dire ceux d'une fièvre analogue à celle que, chez l'homme, nous appelons *urineuse*.

3° Enfin, ils ont encore employé l'*urine* même d'un de leurs malades, qui contenait de 4 à 6 grammes par litre de carbonate d'ammoniaque. Les animaux ont succombé sans avoir eu ni abcès ni fusées purulentes au niveau des piqûres, sans avoir présenté de convulsions ni de tétanos, mais après avoir eu l'élévation de température, indice de la fièvre.

4° Pour répondre à l'objection qui attribuerait la mort des animaux soit à la trop grande quantité de liquide ajoutée rapidement au sang, soit à l'urine seule qui, à cette dose, serait toxique même quand elle est normale, les auteurs ont injecté, les mêmes jours et aux mêmes heures, les mêmes quantités d'urine normale acide de l'homme, et ils n'ont pu observer *aucun* phénomène particulier.

Ils sont donc bien fondés à tirer cette conclusion : l'urine ammoniacale de l'homme est toxique pour le lapin et le cochon d'Inde, et, absorbée par une solution de continuité des voies urinaires, elle serait probablement toxique aussi pour l'homme.

De là à des essais de prophylaxie, il n'y avait qu'un pas. Ils ont donc cherché à corriger chez l'homme l'état ammoniacal qui, d'une part, favorise la formation des calculs phosphatiques, et qui, d'autre part, expose aux dangers de l'intoxication, en cas de plaie surajoutée, et c'est par l'*acide benzoïque* qu'ils ont pensé corriger ce défaut. On sait, en effet, par les travaux d'Ure et de Keller, que ce corps se transforme rapidement dans l'économie en acide hippurique, soluble et inoffensif.

Il a été administré par eux à trois malades dans les conditions suivantes : chez le premier, la taille était indiquée ; mais on ne voulut procéder à l'opération qu'après avoir rendu l'urine au moins neutre, et diminué ainsi les chances d'absorption et d'intoxication par la plaie. On obtint ce résultat au bout de dix-sept jours d'administration de l'acide benzoïque, à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes par jour. Deux jours après l'opération, le médicament étant continué, l'acidité était revenue ; aucun accident fébrile ne survint, et le malade guérit au bout de vingt-cinq jours.

Le second patient subissait la lithotritie. Après la troisième

séance, l'urine devint alcaline et ammoniacale ; l'acide benzoïque, à la dose de 2 grammes pendant huit jours, fit reparaître l'acidité. L'alcalinité, étant revenue après la cinquième séance, disparut encore après neuf jours d'usage du médicament pris à la même dose.

Enfin, le troisième malade, atteint d'un rétrécissement ancien de l'urèthre, était en traitement depuis vingt jours à la date de la communication. On avait obtenu une diminution notable, mais non une disparition de l'état ammoniacal de l'urine.

Les auteurs présument, sans pouvoir en être certains, que cet effet de l'acide benzoïque a pu être dû à la transformation du carbonate d'ammoniaque en hippurate, lequel serait moins toxique. En effet, ce dernier sel injecté sur des lapins à des doses supérieures à celles du carbonate, n'a jamais produit ni les accidents convulsifs, ni la fièvre, ni la mort. (*Séance du 5 janvier.*)

C. Kastus.

Académie de médecine de Paris. — L'Académie, dans sa séance du 20 janvier 1874, a procédé à l'élection d'un membre dans la section de chirurgie ; les candidats sont présentés dans l'ordre suivant : 1° M. Maurice Perrin ; 2° *ex æquo* MM. Le Fort et Trélat ; 3° M Désormeaux ; 4° *ex æquo* MM. Guyon et Panas. Au second tour de scrutin, M. Trélat est élu par 45 voix contre 36 données à M. Perrin.

— A l'occasion d'un travail présenté par MM. Robin et Gosselin à l'Académie des sciences (*séance du 5 janvier*), sur *les causes qui rendent l'urine ammoniacale pendant la vie*, M. Pasteur communique à l'Académie de médecine une note dans laquelle il soutient que cette modification de l'urine tient à la pénétration de germes-ferments dans la vessie pendant la vie. Ces germes s'introduisent dans l'organe par le méat urinaire, soit spontanément, soit par l'intermédiaire des sondes ou autres instruments pendant le cathétérisme ; l'auteur conseille donc de passer à la flamme d'une bougie tout cathéter avant de s'en servir, afin de détruire les poussières organisées, auxquelles il peut servir de véhicule et de support. Si à l'état normal on rencontre si rarement l'état ammoniacal dans les urines, c'est que celles-ci ont une acidité qui est peu favorable au développement et à l'action des micro-organismes ferments ; mais que, par suite d'un état morbide, les urines voient cette acidité diminuer ou disparaître, aussitôt les germes prendront une activité plus grande et le dédoublement de l'urée se produira.

Ce travail a suscité une discussion qui se continuera probablement et sur laquelle nous aurons à revenir.

— M. Bourdon, dans le rapport de la *Commission des eaux minérales* pour 1872, est amené à parler de la *pulvérisation des eaux minérales* dans le traitement des maladies de la gorge, du

larynx et des poumons. Cette lecture provoque une discussion importante dans laquelle la pénétration des liquides pulvérisés dans les bronches a été remise en question. Comme en 1862, deux camps se sont formés ; les uns, avec Gubler, Poggiale, Demarquay, ont admis la réalité de cette pénétration ; les autres, avec MM. Pidoux, Colin, ont émis des doutes ; toujours est-il que MM. les médecins spécialistes paraissent peu enthousiastes de la pulvérisation des eaux minérales dans le traitement des maladies pulmonaires. Tel est du moins l'avis de MM. Durand-Fardel et Pidoux ; M. Gubler reproche à ce mode d'administration des eaux d'exposer les malades à des refroidissements ; mais tout le monde a été unanime à reconnaître que la pulvérisation peut rendre de grands services dans le traitement des maladies de la gorge et du pharynx. (*Séances du* 20 *et du* 27 *janvier* 1874.)

Société de chirurgie. — M. Desprès, rappelant la communication de M. Houzé de l'Aulnoit sur l'*autoplastie périostique dans les amputations*, présente des observations sur la question de priorité. M. Georges Mac Gill a eu l'idée de l'autoplastie périostique et l'a appliquée, en 1862-1863, à l'hôpital général de Washington ; il reconnaît, du reste, que l'idée appartenait au chirurgien américain Lidell. M. Le Fort fait remarquer que Larghi, de Verceil, a publié, en 1849, un mémoire sur l'amputation sous-périostée, et décrit un procédé analogue à celui de M. Houzé de l'Aulnoit. Si la discussion s'engageait sur ce point, M. Demarquay aurait des revendications à faire en faveur de Blandin.

M. Magitot lit un rapport sur un mémoire de M. Haas, de Sarreguemines, *sur la nécrose produite par les vapeurs de phosphore*. Suivant l'auteur, les accidents débutant par une odontalgie simple, terme trop vague, puisqu'on touche au problème du mode de pénétration de l'agent altérant au sein des mâchoires. Deux théories sur ce point sont en présence : l'une, indiquée par Dietz, en 1845, adoptée par MM. Lailler et Broca, admet que la seule voie ouverte est la carie dentaire ; l'autre, émise par Strohl et défendue par M. Trélat, fait pénétrer les vapeurs phosphorées par le bord gingival ; les deux se peuvent soutenir, et, en résumé, la pathogénie de la nécrose phosphorée reste obscure. Mais, ce qui est indiscutable, c'est qu'elle débute invariablement par la portion alvéolaire du maxillaire, et que le processus morbide commence par une périostite alvéolaire. On a admis depuis longtemps que la nécrose phosphorée se différencie des autres nécroses par des caractères spéciaux : tendance à l'envahissement, nature de la réparation osseuse, physionomie des ostéophytes. Contrairement à M. Haas, qui partage cette manière de voir, M. Magitot pense qu'elle ne diffère que par sa cause des autres nécroses des mâchoires. Pour ce qui est du mode d'action des vapeurs phosphorées, M. Haas suppose que le phosphore,

transformé en acide phosphorique, se dissout dans la salive; avant d'affirmer ce point, il faudrait étudier chimiquement les vapeurs qui s'échappent de la pâte phosphorée. Enfin, M. Haas, suivant une idée formulée par Billroth, conseille de pratiquer prématurément, au début de la nécrose, l'ablation totale du maxillaire atteint, ou au moins la résection bien au delà de la partie nécrosée. M. Magitot ne pense pas que la Société approuve un procédé aussi radical.

— M. Duplay présente la photographie d'un enfant de dix mois, qu'il a opéré d'*un bec de lièvre unilatéral gauche avec division de la voûte palatine ;* les lèvres de la division étant situées sur un plan différent, ce qui créait une grande difficulté pour faire disparaître la difformité extérieure, il utilisa la saillie pour la restauration, fractura la lèvre droite saillante de la division osseuse et la rapprocha de la gauche ; avivement et suture osseuse. Trois jours après, deux dents incisives ont poussé sur la partie fracturée de l'os.

—M. Périer présente une *anomalie de l'œsophage*. Enfant né à terme, avec les plus belles apparences, suffoquant et rejetant le lait chaque fois qu'il essayait de téter. Le cathétérisme de l'œsophage indique une oblitération à 12 centimètres du bord gingival supérieur. Mort d'inanition à sept jours. A l'autopsie, on trouve l'œsophage terminé en cul-de-sac à 4 cent. au-dessous de l'orifice supérieur du larynx, à 2 centimètres au-dessus de la bifurcation de la trachée. Celle-ci émet deux bronches normales, puis communique au même niveau avec un conduit membraneux qui va s'aboucher dans l'estomac. Ainsi, le bout supérieur de l'œsophage est oblitéré, et l'inférieur s'abouche dans la trachée au niveau de sa bifurcation. (*Séance du 3 décembre.*)

— M. Esmarch annonce qu'il a pratiqué la désarticulation de la hanche en appliquant préalablement sur tout le membre la bande en tissu élastique et en employant un compresseur aortique. M. Vanzetti adresse à la Société deux brochures et une lettre au sujet de la compression élastique avant les amputations. Il réclame pour Grandesso Silvestri (de Vicence) la priorité. M. Le Fort examine cette question de priorité, qui ne lui paraît pas établie en faveur de Silvestri, et rapporte comment M. Dittel a été amené à employer la ligature élastique.

— M. Duplay fait un rapport sur une observation de *polype noso-pharyngien* adressée par M. Pamard : enfant de quinze ans, polype très-volumineux ; résection sous-périostée du maxillaire supérieur droit par le procédé d'Ollier ; le polype s'attachait à l'apophyse basilaire par un large pédicule ; l'enfant guérit. Il y a un peu de reproduction osseuse.

— M. Faucon adresse une observation de *trachéocèle ;* le malade, âgé de cinquante-cinq ans, portait sur la partie droite du cou une tumeur du volume d'un œuf de poule et semblable à un

goître ; tumeur élastique sonore à la percussion, se réduisant en partie par la pression et sans bruit, augmentant de volume par l'effort et la toux. L'individu, malade depuis vingt ans, est sujet aux bronchites et tousse beaucoup. M. Faucon croit qu'il s'est produit une hernie de la muqueuse trachéale sous l'influence de la toux.

— M. Trélat, à l'occasion du rapport de M. Magitot, traite *de la nature et du traitement de la nécrose phosphorée des maxillaires.* M. Richet a proposé récemment de l'appeler ostéo-périostite progressive ; il y a vingt ans bientôt, M. Trélat l'a nommée nécrose consécutive à une ostéo-périostite. Il y a une tendance progressive indiscutable ; mais, s'il n'y a pas spécificité, il n'en est pas moins vrai que l'étendue de la nécrose, le nombre des ostéophytes et le début toujours par le bord alvéolaire donnent à la nécrose phosphorée une physionomie spéciale. Tant qu'un séquestre est immobile, on doit craindre qu'il ne soit pas limité. On a dit que, dans la nécrose phosphorée, l'ablation prompte de l'os nécrosé favorise la formation du nouvel os; c'est une erreur : tous les faits que M. Trélat a vus sont contraires à cette opinion. Devant les nombreux exemples de séquestres qu'on a laissés en place le temps voulu pour qu'ils se mobilisassent, on devrait être moins affirmatif et recommander moins résolûment l'opération hâtive. D'ailleurs, tout dépend de l'ostéo-périostite du début ; c'est le traitement de celle-ci qui est important ; le chirurgien devra faire des débridements ; le meilleur moyen de limiter l'inflammation, c'est de débrider la gaîne périostale ; on calmera par là en même temps la douleur. Les exemples sont nombreux de la continuation de la nécrose après la résection du maxillaire ; M. Trélat combat vivement la doctrine de Billroth. « En résumé, dit-il en finissant, quand les symptômes généraux permettent d'attendre, on attendra; s'il arrive des accidents, on opérera en allant à la recherche de ce qui est le séquestre ; jamais il n'acceptera comme une saine chirurgie l'ablation largement faite au delà du mal. Quelle différence aussi entre les ablations de séquestre et les résections comme gravité opératoire. Les chirurgiens se divisent en deux camps, résectionnistes et enleveurs de séquestres. Nous sommes tous dans cette enceinte pour l'ablation des séquestres, les uns un peu plus tôt, les autres un peu plus tard. Ceux qui sont pour la résection dans les parties saines pourraient être comparés à nos ancêtres qui, dans certains cas de gangrène des membres, coupaient dans les parties saines avant que le mal fût bien limité. »

M. Verneuil se rallie complètement à ce qu'a dit M. Trélat, et ne veut pas être rangé dans les résectionnistes. Il reste à rechercher si l'ablation précoce des séquestres vaut mieux que l'extirpation tardive. Pour résoudre cette question, il faudra d'abord rechercher si la séquestration dans la nécrose phosphorée présente des conditions spéciales ; nous n'en savons rien encore. Si la

séquestration est plus lente que dans les autres nécroses, il faudra opérer plus tardivement (*Séance du* 10 *décembre*.)

CORRESPONDANCE.

Nous ouvrons avec un cordial empressement nos colonnes à la lettre suivante, dont la patriotique inspiration est digne de l'adhésion de tous les savants, sans acception de catégorie ni de diplôme :

Lyon, le 27 janvier 1874.

Monsieur le Rédacteur,

Le corps enseignant de l'Ecole vétérinaire de Lyon, constitué en Comité sous ce titre : *Comité lyonnais d'initiative pour l'érection, à Lyon, d'une statue à la mémoire de Bourgelat*, vient vous demander de vouloir bien donner la publicité de votre journal au projet dont il poursuit la réalisation..

Parmi les hommes qui se sont illustrés par les services rendus à leur pays, Bourgelat, le créateur de la science vétérinaire et des écoles où cette science est enseignée, mérite, sans contredit, de figurer à un rang des plus honorables. Avant lui, cette science n'existait pas ; un grossier empirisme en tenait la place. Il créa la science et son enseignement.

Cet enseignement date d'un siècle à peine, et l'on sait assez les services qu'il a rendus à la science en général, à l'agriculture. à l'armée, à la fortune publique. Il suffirait, du reste, de faire l'histoire des grandes épizooties qui, depuis un siècle, se sont montrées en Europe ; celles de la peste bovine en 1866 et en 1870-71, notamment, pour mettre ces services en évidence, s'il en était besoin.

L'auteur d'une telle création peut donc, à juste titre, prétendre à l'honneur suprême d'une statue.

Or, Bourgelat était Lyonnais ; l'École vétérinaire de Lyon fut la première réalisation de la pensée qui a rendu son nom immortel. Il est donc naturel que sa statue s'élève au milieu de sa ville natale, dans l'enceinte de sa première École, de l'École qui s'enorgueillit justement d'avoir été le berceau de la science vétérinaire, la mère de toutes celles où cette science est enseignée aujourd'hui, non-seulement en France, mais dans le monde entier.

Tel est le but que nous poursuivons, et pour la réalisation duquel nous nous sommes constitués en Comité d'initiative, sous la présidence de M. Rodet, notre directeur.

Cette pensée, du reste, n'est pas nouvelle parmi nous, nous pourrions dire qu'elle date presque de la mort de notre illustre fondateur ; nos prédécesseurs nous l'ont transmise, et nous la transmettrions à nos successeurs comme un legs pieux, si nous ne parvenions pas à la réaliser.

Longtemps nous avons eu l'espoir d'obtenir la statue de Bourgelat par d'autres voies que celle dans laquelle nous entrons aujourd'hui ; un emplacement a même été préparé pour recevoir ce monument dans la cour d'hon-

neur de notre Ecole, où il serait, on peut le dire, à sa place naturelle. Aujourd'hui, nous avons la conviction que nos vœux ne peuvent recevoir satisfaction que par l'initiative privée, et nous avons, en conséquence, ouvert entre nous une souscription à laquelle nous convions à prendre part tous ceux qui s'intéressent à nos études, aux progrès de la science en général, à l'honneur de notre grande cité, dont Bourgelat, notre maître, fut, sans contredit, l'un des plus glorieux enfants.

Nous espérons que vous voudrez bien donner à cette lettre la publicité de votre estimable journal, et nous vous prions de vouloir bien agréer, Monsieur le Rédacteur, avec nos remercîments, l'expression de nos sentiments bien distingués.

Pour les membres du Comité :

Le Président, RODET. *Le Secrétaire*, SAINT-CYR.

NOTA. Les souscriptions sont reçues dès maintenant chez M. Tisserand, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon, trésorier du Comité.

A Monsieur Desgranges, président de la Société de médecine.

Dans votre discours solennel, vous revenez, Monsieur, je ne sais trop à quel propos, sur une affaire instruite et jugée depuis trois mois, celle du concours de l'École. Vous prenez le ton d'un juge suprême ; mais les circonstances de la cause vous empêchent de prétendre à une impartialité suffisante pour être autre chose qu'un avocat. Vous éprouvez le besoin de faire appel : c'est avouer que le public compétent et renseigné n'a pas abondé dans votre sens. Il faudrait cependant apporter quelque argument ou quelque fait nouveau à l'appui de cet appel ; ma raison est trop *juvénile* pour se laisser convaincre par de pompeuses déclamations ou des *on dit* de troisième main, et je persiste plus que jamais dans mes déductions, sans me sentir gêné par vos appréciations.

Veuillez agréer, etc. A. FOCHIER.

NOUVELLES LOCALES ET DIVERSES

La Société de médecine de Lyon a tenu sa séance publique annuelle le lundi 2 février. Les morceaux dont la lecture compose le programme de cette solennité étant reproduits dans le journal, nous nous abstiendrions de tout commentaire sur la valeur particulière de chacun d'eux, si un incident, nouveau dans les fastes de la Société, ne nous obligeait à rompre un silence qui est trop dans nos goûts pour avoir eu de la peine à entrer dans nos habitudes.

A plusieurs reprises, la lecture du discours du président, M. le docteur Desgranges, a été coupée par les applaudissements d'une partie de l'audi-

toire; salves trop fréquentes, trop inopportunes, à ce qu'il nous a paru, et surtout trop prolongées pour qu'on pût leur attribuer l'intention bienveillante qui dicte ordinairement les manifestations de cette nature.

N'ayant pas ce sens, en avaient-elles un contraire ?... C'est ainsi que l'a compris la grande majorité des assistants, qui voulant, elle aussi, formuler son appréciation, a attendu la fin de cette lecture pour la couronner d'applaudissements, ceux-là bien évidemment approbatifs. C'est ainsi, également, que l'a entendu l'honorable orateur, qui, plusieurs fois, a tenu tête aux interrupteurs par quelques vives paroles à leur adresse, ou par une accentuation plus énergique des passages frappés de marques improbatives.

Il nous appartient de blâmer hautement, sans réserve, les quelques auteurs de cette scène regrettable. Est-il digne d'une jeunesse instruite, lorsque les idées émises devant elle lui paraissent contestables, de n'y trouver à répondre que par un vain bruit, sans écho possible? Les moyens de réplique, de discussion lui sont-ils donc interdits? Notre journal, par exemple, ne les lui offre-t-il pas aussi libres, aussi publics qu'un ami de la saine controverse le puisse désirer? Et, sans parler du respect dû à une assemblée où siégent leurs maîtres, leurs initiateurs, leurs mentors les plus aimés, ne comprennent-ils donc pas quel préjudice de telles habitudes porteraient aux succès de certains projets locaux, d'une gestation déjà si laborieuse, et dont la réalisation les intéresse, eux, plus que personne?

Mais, par contre, — et il faut le dire avec la même franchise — le discours de l'honorable président — qu'on a lu plus haut dans ces colonnes — fournissait aux interrupteurs les occasions les plus propres à faire éclater leur opposition. Assurément, M. Desgranges était, légalement, irréprochable. Le choix du sujet, en cette circonstance, lui appartient; et il s'était préalablement mis en règle avec tous les usages académiques. La Société de médecine, étonnée de l'orage qui a troublé sa sérénité habituelle, n'aurait donc aucun droit à lui demander compte du fait affligeant qui, cette année, a marqué la séance publique. Et, d'ailleurs, quels que puissent être ses griefs, elle les sacrifierait sans doute volontiers à la profonde estime que lui inspire un fonctionnaire aussi zélé, à la juste reconnaissance dont elle aimera à payer ses services exceptionnels.—Mais, plus indépendante dans ses allures, l'opinion publique a remarqué que jamais peut-être collection plus complète de sujets plus irritants n'avait été traitée dans un style plus âpre et énoncée d'un ton moins empreint de tendances conciliatrices. Réveiller, dès le début, une question personnelle aujourd'hui éteinte; incliner à restreindre le rôle du concours comme mode de nomination; parler avec insistance de discipline scolaire; emprunter, pour les instituts d'enseignement, ses modèles à une nationalité étrangère, plus qu'étrangère; réclamer enfin, lui professeur, la prééminence du professeur de clinique sur tous ses collègues de l'hôpital, certes ce sont là des sujets sacabreux faits pour déchaîner les tempêtes, et qui — l'orateur l'a prouvé le premier — sont aussi difficiles à traiter qu'à entendre traiter sans que la passion s'en mêle.

Est-ce à dire, pour cela, qu'une divergence absolue nous sépare de M. Desgranges, quant aux solutions qu'il a préférées?... Non, certes; sur plusieurs points, au contraire, nous ne lui marchanderions notre approbation ni sur le fond des idées ni sur la forme magistrale qu'il leur a donnée.

Mais, il faut l'avouer, nous sommes peiné d'avoir à lui exprimer des félicitations non moins sincères sur le courage dont il a dû faire preuve pour développer ses idées dans un milieu aussi différent de celui où sa toge de professeur lui aurait assuré respect et silence.

Nous félicitons notre collègue, mais ne le plaignons point, car il n'avait point l'air de se trouver à plaindre ; bien au contraire, probablement. M. Desgranges est, ce nous semble, du nombre de ces esprits à qui l'agitation de la foule sert assez volontiers de guide en sens inverse. Complétant le personnage à qui fut prêté ce propos : « On vient de m'applaudir ; me serait-il échappé quelque sottise? » il nous paraît un peu plus enclin que ne le comporte le soin de son repos, à dire, lui : « On me siffle, donc je suis dans le vrai. » Mais il est, selon nous, pour les opinions consciencieuses comme pour les hommes convaincus, un critérium à la fois plus sûr et plus désirable que les clameurs d'une foule impressionnée par les circonstances plus que par la réflexion. Et c'est dans l'intérêt des diverses causes en jeu, dans l'intérêt de la vérité par-dessus tout, que nous croyons devoir engager l'ex-président de la Société de médecine à se contenter désormais de cet arbitrage impartial qui suffit à la plupart de ses confrères.

— Dans sa séance publique annuelle, la Société de médecine de Lyon a accordé des mentions honorables aux auteurs des travaux envoyés pour prendre part aux concours ouverts par elle, sur la question des maladies virulentes et sur la question des cimetières.

L'auteur du mémoire sur la réorganisation des cimetières de Lyon, qui a obtenu une mention honorable, est M. F. Gabut, 10, montée de la Boucle.

— Sous ce titre : *Une visite à l'hospice de Bron*, le *Salut public* du 9 février 1874 publie un long article, signé P.-M. E., dans lequel un historique des plus fantaisistes de la question si ardue de l'aliénation mentale, des appréciations contestables et des erreurs matérielles trahissent à chaque instant la parfaite incompétence de l'auteur. On ne se douterait pas en le lisant qu'il avait « pour guide » un médecin des hôpitaux.

Il nous a paru plus exactement inspiré dans les considérations qui terminent sa *visite*, et qui ne paraîtront pas déplacées dans un journal de médecine. Il est bon que le public médical et tous ceux qui, à un titre quelconque, s'occupent de l'assistance publique des malades, sachent enfin sur qui doit peser la grave responsabilité des lenteurs, disons mieux, des obstacles *systématiques* apportés à la satisfaction d'un besoin impérieux, auxquels l'auteur de l'article fait si justement allusion.

Nous en reproduisons textuellement la dernière partie, en faisant toutefois des réserves relatives au chiffre si singulièrement exagéré de la dépense. aux *locaux malsains* dans lesquels l'Antiquaille entasserait ses malades ; notre position nous permet d'affirmer que cette assertion est complètement inexacte, du moins dans sa formule générale. Le bon état sanitaire des aliénés à l'Antiquaille, malgré leur encombrement, en rend témoignage. Quant aux refus d'admission, ils ne s'appliquent qu'aux aliénés pensionnaires présentés par leurs familles, et, jusqu'à ce jour, on n'a repoussé aucun aliéné indigent envoyé par l'administration préfectorale qui, seule, a le droit d'ordonner leur placement.

Ces réserves établies, cédons la place au rédacteur du *Salut public*. « Le département, dit-il, a dépensé pour l'hospice de Bron plus de 3 millions déjà ; mais, par suite d'un conflit à tous les points de vue regrettable, les travaux restent en suspens. Il est triste de voir les passions politiques ne pas même respecter le seuil des hôpitaux. Qu'importent les dissentiments qui peuvent exister entre le conseil général et l'administration ! Il s'agit, avant tout, d'une question d'humanité. Ceux qui, par esprit d'opposition systématique, mettent des entraves à l'achèvement des travaux, ignorent certainement que, tandis que l'hospice de Bron reste vide faute d'un peu de bonne volonté, l'hospice de l'Antiquaille entasse ses malades dans des locaux malsains et, malgré le dévoûment de son personnel, refuse, chaque jour, la triste faveur d'une admission. Déjà, sous la savante direction de M. le docteur Arthaud, l'hospice de Bron a été pourvu jusque dans ses plus petits détails du matériel nécessaire à l'installation de 150 aliénés, qui pourraient être fort utilement employés aux travaux considérables de terrassement dont l'exécution est urgente. L'archictecte du département réclame avec instance les moyens d'achever des constructions qui, livrées à toutes les intempéries, s'abîment avant d'avoir servi. Philanthropie à part, l'intérêt de la ville et du département exige le prompt achèvement d'une œuvre presque terminée contre laquelle nous ne savons quelles antipathies d'opinions ou de personnes ont ourdi la conspiration de l'oubli. »

Non, l'oubli pas plus que le silence n'ont jamais existé à l'endroit de l'asile de Bron. Toutes les personnes intéressées, par leurs fonctions administratives ou médicales, à l'achèvement de ce grand établissement, ne se sont jamais lassées d'agir et de protester. Il est temps, enfin, que la lumière se fasse sur toutes les phases qu'à traversées cette triste affaire. C'est un devoir auquel le *Lyon Médical* ne faillira pas.

A. Lacour.

— Par arrêté du préfet du Rhône, en date du 10 février 1874, MM. Albert Giraud, négociant, et comte de Monteynard, propriétaire, ont été nommés membres du Conseil général d'administration des hospices de Lyon, en remplacement de MM. Alexis Vidal et comte de Soultrait.

MM. Riboud, Mulaton et Lodoïx Monnier, étant rééligibles, ont été maintenus dans leurs fonctions.

— M. Vichot, pharmacien à Lyon, vient d'obtenir à l'exposition de l'enfance de Paris une médaille de progrès pour la préparation de ses trochisques contre la coqueluche.

— M. le ministre de l'instruction publique a décidé par un arrêté en date du 15 janvier que la réunion des délégués des Sociétés savantes des départements aurait lieu à la Sorbonne au mois d'avril 1874.

Des séances de lectures et de conférences publiques seront faites pendant les journées du mercredi 8, jeudi 9 et vendredi 10 avril. Le samedi 11 avril, le ministre présidera la séance générale, dans laquelle seront distribués les encouragements accordés aux Sociétés.

— Deux nouveaux journaux de gynécologie viennent de paraître, publiés tous les deux à Paris. Ce sont :

1° Les *Archives de tocologie (maladies des femmes et des enfants nouveau-nés)*, éditées par Adrien Delahaye. Rédacteur en chef, M. le professeur Depaul, avec la collaboration de MM. Bailly, Bernutz, Blot, Charpentier, Guéniot, Hervieux, de Soyre.

2° Les *Annales de gynécologie (maladies des femmes, accouchements)*, éditées par H. Lauwereyns et rédigées par M. A. Leblond, sous la direction de MM. Pajot, Gallard et Courty.

Le premier de ces journaux est mensuel, le second bi-mensuel. Ils comblent un vide qui existait réellement en France, où la gynécologie, jusque dans ces derniers temps, n'était représentée par aucun organe spécial. Nous leur souhaitons la bienvenue et faisons pour tous les deux nos vœux les plus sincères.

— Nous sommes en retard pour souhaiter la bienvenue à un journal déjà parvenu aujourd'hui à son 5e numéro; c'est le *Journal des jeunes mères et de leurs bébés*, publié par M. Henri Bellaire. Une garantie assurée de succès pour cet intéressant et utile recueil lui vient des noms de ses rédacteurs, parmi lesquels figurent MM. Béclard, Lunier, Frédéric Passy, Boudet, Fonteret, Maurin, Mme Alliot, ex-sage-femme en chef de la Maternité, etc.

Le bureau du journal est à Paris, 71, rue des Saint-Pères.

— Un concours pour deux places d'élève interne à l'hôpital d'Avignon s'ouvrira à l'hôpital de cette ville le 5 mars 1874, à neuf heures du matin.

Les internes reçoivent un traitement annuel de 300 francs, plus 100 francs de la caisse municipale pour le service du dispensaire; une somme de 100 fr. est en outre allouée par le département à l'élève interne chargé de la préparation du cours d'accouchement.

—Lundi 9 mars 1874, à une heure, il sera ouvert, à l'hôpital Saint-Louis, un concours public pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux de la ville de Caen. Le chirurgien adjoint sera nommé pour dix ans.

— Un concours pour deux places de médecin adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux sera ouvert dans cette ville le mardi 26 mai 1874.

Les fonctions d'adjoint sont gratuites: c'est parmi ces médecins que les médecins titulaires des hôpitaux et hospices sont nommés par la Commission administrative, à la majorité absolue des suffrages.

— Un vieil officier en retraite, de superbe prestance et de fière mine, énumérait, dans le cabinet d'un confrère, les articulations où s'étaient promenés ses rhumatismes et les eaux thermales où il les avait fait voyager. — « C'était en 35, j'allais à... je m'arrêtai en passant à... (ici le nom d'un établissement spécialement réservé aux affections utérines) ; mais j'y trouvai tant d'aimables souffrances à soulager, que j'y passai toute la saison. »

« — Je ne comprends pas... » fit le docteur.

« — Comment donc? C'est bien là qu'on envoie les personnes pour qui beaucoup n'est jamais assez.

« — Au contraire, lorsque la douleur n'est pas là pour empêcher toute interruption du traitement, l'ordonnance du médecin se montre d'une sévérité absolue.

« — Vous m'expliquez tout, reprit le colonel, les maris étaient si confiants.... par ordonnance !

Pauvres maris ! malheureux médecins !

MÉTÉOROLOGIE. — MALADIES RÉGNANTES. — DÉCÈS.

JANVIER.	THERMOMÈTRE. Minim.	THERMOMÈTRE. Maxim.	BAROMÈTRE 9 h. matin	HYGROMÈTRE.	PLUVIOMÈTRE.	ÉVAPORATION.	VENTS.	ÉTAT DU CIEL.	OZONE.	DÉCÈS.
26	+ 0.0	+ 7.8	757	0.89	»	2.2	N.	Couv.	3	29
27	— 3.8	+ 4.6	757	1.85	»	—	N.O.	—	0	24
28	— 0.2	+ 5.4	755	0.91	»	—	N.	—	0	22
29	+ 0.0	+ 6.5	754	0.67	»	2.5	—	Beau.	0	20
30	+ 0.0	+ 6 2	752	0.71	»	2.9	—	—	0	21
31	+ 0.8	+ 6.2	753	0.80	»	1.8	—	—	0	18
1	+ 0.7	+ 7.2	754	0.84	»	3.2	N.O.	Couv.	0	33
2	+ 2.0	+ 6 1	751	0.78	»	1.7	—	Beau.	4	26
3	+ 0.0	+ 8.6	751	0.79	»	2.0	N.	—	0	29
4	+ 1.1	+ 6.3	753	0.83	»	1.7	N.O.	Couv.	0	18
5	— 3.0	+ 5.1	757	0.96	»	1.6	O.	Brouillard	0	22
6	— 3.1	+ 2.4	756	0.88	»	—	N.E.	Brouillard	0	23
7	— 3.8	+ 3.1	754	0.8[illegible]	»	—	N.E.	—	0	24
8	— 3.5	+ 3.0	750	0.95	»	—	N.O.	Couv.	0	17

Peu de modifications dans l'état médical actuel ; les principales localisations se font toujours sur les organes thoraciques.

Les bronchites sont toujours très-nombreuses et les pleurésies semblent aussi augmenter de fréquence. Encore quelques pneumonies.

On nous signale des rhumatismes articulaires aigus et des névralgies rhumatismales.

Toujours beaucoup de varicelles. Les coqueluches et les rougeoles sont aussi assez fréquentes. Pas de varioles.

Etat satisfaisant des services de chirurgie et des maternités dans les hôpitaux,

La fièvre aphtheuse paraît diminuer dans notre région. Quelques cas de rage sur des chiens.

Le bulletin des causes de décès pour Lyon, du 26 janvier au 8 février 1874 (deux semaines), donne les résultats suivants :

Variole, 0 ; — Scarlatine, 1 ; — Rougeole, 0 ; — Fièvres continues, 7 (typhoïde, 5 ; muqueuse, 0 ; catarrhale, 2) ; — Érysipèle, 0 ; — Bronchite aiguë, 19 ; — Pneumonie. 22 ; — Pleurésie. 4 ; - Dyssenterie, 1 ; Diarrhée, 4 ; — Cholérine, 0 ; — Choléra, 0 ; — Angine couenneuse, 1 : Croup, 1 ; — Affections puerpérales, 1 ; — Affections cérébrales, 43 ; — Maladies du cœur, 14 ; — Phthisie, 54 ; — Catarrhe pulmonaire, 48 ; — Autres maladies aiguës, 22 ; — Autres maladies chroniques, 40 ; — Affections chirurgicales, 16 ; — Causes accidentelles, 2 ; — Total : 326 — Mort-nés, 26.

Le président du Comité de rédaction,
P. DIDAY.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon. — Imp. Aimé Vingtrinier.

L'ASILE DÉPARTEMENTAL DE BRON.

Parmi les nombreux et difficiles problèmes que soulève l'étude des maladies mentales, il en est un qui depuis longtemps préoccupe les administrateurs et les médecins aliénistes : nous voulons parler de la constitution des établissements destinés à recevoir les aliénés et plus particulièrement les aliénés indigents. Nous n'avons pas l'intention de rappeler les travaux scientifiques publiés à ce sujet, ni de remettre en évidence les bienfaits indiscutables d'une loi tutélaire et des règlements administratifs qui la complètent. Qu'on jette les yeux sur les nombreux asiles créés depuis moins d'un demi-siècle sous la double inspiration de la science et de la charité ; qu'on les compare aux vieux et rares établissements ouverts jadis aux malheureux fous, et l'on se rendra facilement compte des progrès accomplis.

Lyon, jusqu'à ces dernières années, avait paru rester en dehors de ce mouvement général. Il serait peut-être difficile d'en indiquer les causes, peut-être aussi y aurait-il quelque inconvénient à cette recherche. Tenons-nous-en donc à constater ce fait regrettable, tout en rappelant que l'on doit au corps médical lyonnais des travaux dignes de mémoire sur des projets de construction d'asiles pour les aliénés du département du Rhône, et que ce sont les médecins de cet important service qui ont formulé les plaintes les plus vives, les réclamations les plus énergiques contre la mauvaise disposition et l'insuffisance des locaux dans lesquels nos administrations hospitalières ont dû, faute de mieux, entasser les malades. Bornons-nous à citer les travaux de Pasquier, de Bottex, de Potton, à renvoyer aux comptes-rendus des sessions des conseils généraux depuis un quart de siècle, aux comptes-rendus annuels de l'Administration des hospices.

Ce n'est pas à dire que rien n'ait été tenté dans ce long espace de temps pour améliorer et même transformer ce service. Ceux qui ont connu l'Antiquaille il y a trente ans peuvent rendre témoignage de tout ce qui y a été fait de bon et de vraiment utile ; mais ce n'était là que du provisoire, et toujours la disproportion évidente entre les efforts accomplis et les résultats obtenus a été une démonstration de plus de la nécessité d'une solution définitive.



Faut-il rappeler que cette solution fut sur le point d'être réalisée par l'adoption d'une mesure qu'on s'étonne d'avoir vue patronnée par des hommes que leur position et leurs lumières semblaient devoir mettre à l'abri de pareilles aberrations. Il ne s'agissait de rien moins que de la suppression complète et immédiate de l'asile de l'Antiquaille, et de la dispersion de tous les aliénés indigents du département dans des établissements plus ou moins éloignés, avec lesquels on aurait traité par abonnement à prix réduits, en un mot, d'une véritable *traite des blancs*, comme l'a dit avec autant d'esprit que de justesse un éminent aliéniste. Reproduite et défendue avec une insistance digne d'une meilleure cause, cette mesure ne fut définitivement repoussée par le Conseil général du Rhône que dans sa session de 1868.

Une autre proposition plus sérieuse fut sur le point d'aboutir. Il s'agissait d'un traité à intervenir entre le département et l'Administration des hospices, aux termes duquel cette dernière aurait fait construire, d'après des plans approuvés, un asile de douze cents places dans son domaine du Perron. Favorablement accueilli par tous ceux qui gémissaient du fâcheux état du service à l'Antiquaille et qui voyaient avec raison dans l'intervention de l'Administration hospitalière le moyen le plus prompt d'arriver à un résultat définitif, ce projet rencontrait moins de sympathies, disons mieux, il trouvait de l'opposition dans les représentants les plus compétents de l'autorité centrale, dans les inspecteurs généraux. On savait en haut lieu de combien de difficultés l'intervention des administrations hospitalières dans la gestion et la direction des établissements d'aliénés avait été la source ; ce que l'on connaissait moins, c'était la composition exceptionnelle du Conseil des hospices de Lyon, son bon esprit, les garanties qu'il offrait pour une rapide et intelligente exécution des travaux. Aussi nous a-t-il été donné de voir des hommes dont le nom seul fait encore autorité, Ferrus et après lui Parchappe, venus à Lyon tout pleins de préventions contre ce projet, se rendre à l'évidence après constatation faite sur les lieux des avantages qu'il pouvait offrir, surtout avec la condition consentie que le département pourrait devenir propriétaire de l'établissement dès que sa situation financière lui permettrait d'indemniser les hospices.

Il serait sans utilité d'examiner les motifs qui mirent à néant cette combinaison, après que le Conseil général s'en fut occupé

pendant plusieurs sessions successives ; nous avons hâte, d'ailleurs, d'arriver à l'asile de Bron.

C'est dans les sessions de 1867 et 1868 qu'il fut décidé que le département ferait construire à ses frais un asile d'aliénés, dont les bâtiments, presque achevés aujourd'hui, s'élèvent sur un emplacement situé dans la commune de Bron. Comme nous l'avons déjà dit, on retrouve dans les délibérations de cette époque le projet d'éparpillement des aliénés hors du département défendu, pied à pied jusqu'à la dernière heure, au sein du Conseil général. On y trouve aussi, adoptée sans trace d'une discussion qui éclaire suffisamment et justifie les motifs de cette grave détermination, et surtout sans avis préalable des hommes compétents, la réduction à six cents du nombre des places du futur asile, que les projets antérieurs avaient fixé à douze cents, chiffre reconnu comme à peine suffisant pour les besoins du département du Rhône. Faisons remarquer en passant que l'instruction de cette affaire et de celle des chemins de fer d'intérêt local avait été renvoyée à une Commission unique. Quel lien pouvait rapprocher deux affaires aussi disparates, sinon la question d'argent ?

Quoi qu'il en soit, il est bon de faire connaître les résultats aujourd'hui irrévocables de la détermination du Conseil général.

L'emplacement choisi ne peut donner lieu à aucune objection sérieuse. Nul doute qu'il ne laisse quelque chose à désirer; mais il nous est permis d'affirmer, à nous qui avons été associé à toutes les recherches d'emplacements propres à la construction d'un établissement de cette importance, dans les environs de Lyon, que de tous, sans contredit, c'est celui qui réunit le plus de conditions acceptables. Il est situé tout près d'une route nationale, à cinq kilomètres et demi de Lyon, distance suffisante pour mettre l'asile à l'abri des agitations, des bruits de toutes sortes inséparables des populations agglomérées, assez rapprochée cependant pour rendre faciles les rapports journaliers avec la ville. Son étendue actuelle, d'environ 37 hectares, est susceptible d'extension quand le besoin s'en fera sentir. Son élévation est en moyenne de 38 mètres au-dessus du niveau du Rhône à Lyon. Les terrains laissés en dehors des constructions sont de bonne qualité ; une couche de terre végétale d'une épaisseur plus que suffisante sur presque tous les points, y assure les précieuses ressources d'une culture maraîchère fructueuse. L'eau, facile à élever à une hauteur qui permettra de la distribuer dans toutes les parties de l'asile, est

d'excellente qualité et en quantité considérable, puisqu'elle est fournie par un courant souterrain du Rhône, dont le niveau varie comme celui du fleuve lui-même, passant à travers une couche de sable et de gravier où il subit une filtration naturelle beaucoup plus complète que celle que pourrait lui assurer la Compagnie des eaux. Cette question, capitale pour un asile d'aliénés, et dont la solution était d'ailleurs facile à pressentir, a été élucidée de la manière la plus complète par les recherches auxquelles s'est livré sur les lieux le professeur Jourdan. Si nous ajoutons qu'aucune cause spéciale d'insalubrité n'a été constatée dans le voisinage, et que l'hospice d'incurables de Saint-Alban, situé à une très-petite distance, n'a donné lieu à aucune plainte au point de vue de l'hygiène, nous aurons pleinement justifié le choix fait par l'Administration préfectorale.

Une appréciation aussi exacte que possible des besoins du département du Rhône, au point de vue de l'assistance à donner à ses aliénés indigents, nous avait déterminé à fixer à 1,200 le nombre des places dans le nouvel asile. Ce chiffre, à peine suffisant, mais que la prudence commandait de ne pas dépasser, avait l'avantage de réduire sensiblement les frais occasionnés par les services généraux, qui sont loin, on le comprend, d'être proportionnels à la population assistée. C'est sur cette donnée de 1,200 places, acceptée depuis plusieurs années comme base des diverses combinaisons proposées, que M. le docteur Constans, inspecteur général du service des aliénés, rédigea, à la date du 12 décembre 1866, un premier programme dont les savantes dispositions d'ensemble et l'entente parfaite de tous les détails trouvèrent un habile interprète dans l'architecte du département du Rhône, M. Louvier, chargé des plans et devis de l'asile.

Les choses en étaient là, lorsque, brusquement, inopinément, le Conseil général décida la réduction à 600 du nombre des places à créer. En vain proposa-t-on de limiter à une moitié de l'asile de 1,200 places, et partant, à un peu plus de la moitié de la dépense totale, les constructions à élever immédiatement, afin de rendre l'entreprise moins onéreuse pour les finances du département dont on se montrait si ménager, sauf à le compléter plus tard, quand de nouvelles ressources le permettraient ; c'était un parti pris ; il fallut se résigner.

En présence de cette résolution, devait-on réduire dans les proportions voulues toutes les divisions dont se compose un asile

complet, et avoir ainsi en perspective, dans un avenir peu éloigné, deux et peut-être trois asiles semblables à construire? Nous ne l'avons pas pensé, et, avec l'agrément de l'autorité locale et de l'inspection générale, il a été décidé que l'asile de Bron serait plus particulièment un *asile de traitement;* les aliénés chroniques et réputés incurables devant continuer à être recueillis à l'Antiquaille ou dans tout autre établissement spécial dont la création pourrait être votée ultérieurement. De cette façon, ce n'était plus une réduction, mais bien un remaniement dans lequel on devait scrupuleusement respecter les caractères du plan primitif, qu'il s'agissait d'effectuer. C'est à quoi on est heureusement parvenu en conservant dans presque tous leurs développements les divisions affectées aux aliénés convalescents, paisibles, semi-paisibles, agités, les cellules d'isolement, les infirmeries et le quartier dit de surveillance continue, ainsi que les ateliers et les bâtiments des fermes, et, d'autre part, en supprimant les divisions d'enfants, d'épileptiques et réduisant notablement la division des faibles et des gâteux. Qu'on ajoute à cet ensemble de constructions complètement isolées les unes des autres, mais communiquant entre elles et avec le reste de l'asile par des galeries couvertes: le bâtiment des services généraux, le service des bains fonctionnant jusque dans les infirmeries et le quartier des cellules, des parloirs, des bibliothèques, une salle de réunion, une chapelle en rapport avec sa destination spéciale, un pavillon contenant des locaux distincts pour les autopsies, les recherches microscopiques, les manipulations chimiques et des collections de pièces d'anatomie pathologique, enfin les habitations des fonctionnaires de l'asile, et l'on aura une idée sommaire de ce que sera cet établissement qui, une fois achevé, réunira des conditions tout à fait satisfaisantes; telle est du moins l'impression qu'en rapportent les hommes compétents qui l'ont visité.

La question du pensionnat à établir comme annexe de l'asile a d'ailleurs été réservée, mais non abandonnée.

Commencés en 1869, les premiers travaux de construction avaient été conduits avec une intelligence et une célérité de bon augure pour leur rapide achèvement, lorsque, en mai 1870, une grève générale des ouvriers maçons, plus tard les événements de la guerre et finalement la nécessité de recourir à de nouvelles adjudications suspendirent d'abord, ralentirent ensuite ce premier élan.

Nul doute que, sans ce concours de circonstances regrettables, l'asile ne fût complètement achevé aujourd'hui, et que la population de l'asile de l'Antiquaille ne se trouvât réduite à ce qu'elle devrait être réglementairement, c'est-à-dire à 650 aliénés des deux sexes. Il n'en est rien malheureusement, et, à propos du chiffre des aliénés placés à l'Antiquaille, peut-être surprendrons-nous plus d'un de nos lecteurs en leur faisant connaître que, dans l'espace d'une trentaine d'années, cette population s'est élevée de 385 à 1,140, c'est-à-dire qu'elle a triplé, sans que la décision prise depuis quinze ans de n'admettre aucun aliéné pensionnaire, et les prescriptions les plus sévères en vue de restreindre les admissions à des aliénés indigents dont la séquestration paraît urgente, aient pu enrayer ce mouvement, en face duquel les efforts de l'administration hospitalière pour ajouter de nouveaux locaux aux anciens, sont restés impuissants. L'achèvement du nouvel asile à l'époque présumée eût été le seul secours efficace à opposer à cette fâcheuse situation; après avoir vainement attendu, il a fallu prendre le parti de déverser dans des établissements plus ou moins éloignés environ 200 femmes aliénées. Antérieurement déjà, 100 hommes avaient été envoyés à l'établissement de Saint-Jean-de-Dieu; ceux-ci, du moins, ne quittaient pas le département ni même le territoire de son chef-lieu. Qu'on ne se méprenne pas, toutefois, sur la portée d'une mesure qui n'a rien d'analogue à celle si justement repoussée par le Conseil général, puisque, en définitive, elle n'a porté que sur un nombre relativement très-restreint d'aliénées à peu près toutes incurables, presque toutes abandonnées par leurs familles, ou originaires des départements sur lesquels on les dirigeait, et qu'elle a un caractère essentiellement transitoire. Il y a loin des circonstances dans lesquelles on a eu recours à cet expédient et des précautions dont on a entouré ces transfèrements au procédé expéditif proposé pour en finir à tout jamais avec une question embarrassante.

Cependant, les travaux de construction de l'asile de Bron n'étaient que ralentis, et dès le 18 novembre 1870, la Commission départementale entendait le rapport d'une Commission spéciale chargée par elle de visiter ces travaux, et dont faisaient heureusement partie le regrettable professeur Jourdan, que ses connaissances techniques et ses habitudes laborieuses rendaient particulièrement apte à traiter tous les points de la question, et M. le

docteur Gailleton, dont les avis éclairés par son savoir, sa sagacité et sa connaissance parfaite des besoins du service des aliénés, devaient peser d'un grand poids sur les décisions à intervenir. M. Jourdan, rapporteur, faisait connaître que la Commission « avait été très-satisfaite de tout ce qu'elle avait vu ; » que les craintes relatives à la quantité d'eau qu'on pourrait trouver « s'étaient complètement évanouies, » que le retard dû aux circonstances auxquelles nous avons fait allusion plus haut « ajournerait l'occupation de l'asile de près d'une année ; la première entrée dans l'asile ne pourrait guère avoir lieu qu'à la fin de 1871. » « A cette époque, ajoutait M. le rapporteur, on pourra y envoyer de cent cinquante à deux cents aliénés travailleurs, qu'on occupera aux terrassements et aux plantations. » Et la Commission départementale adoptait à l'unanimité les conclusions du rapport tendant, entre autres choses, à obtenir l'autorisation nécessaire pour les dépenses occasionnées par ce premier aménagement.

Malgré toute la bonne volonté de M. l'architecte, le terme de 1871 a été bien dépassé, et, le 15 avril 1872, le Conseil général délibérait de nouveau qu'à la fin de septembre de la présente année aurait lieu l'installation si impatiemment attendue de cent cinquante hommes aliénés dans deux bâtiments convenablement aménagés. Cette nouvelle échéance arrivée, tout n'était pas encore prêt, notamment les communications à établir, au moyen de galeries couvertes, entre les bâtiments à occuper et le bâtiment des services généraux, et l'approche de la mauvaise saison allait devenir la source de nouvelles et très-sérieuses difficultés.

D'un autre côté, à mesure que les travaux s'avançaient, on pouvait constater de regrettables lacunes. Les unes résultaient de suppressions imposées dès le début à l'architecte, dans le but de réaliser des économies suivant nous mal entendues ; d'autres, constituaient des omissions inévitables dans des constructions de cette importance, surtout quand il s'agit de tenir ces constructions en harmonie avec les développements d'une science qui, d'année en année, réalise de nouveaux progrès. Tous ces *desiderata* ont été signalés dans une lettre du 17 avril 1873, où nous avons demandé, entre autres choses, une clôture plus complète des escaliers, des enduits en ciment dans l'intérieur des habitations, pour éviter des dégradations et diminuer d'autant les frais d'entretien, le capitonnage de deux cellules, des guichets de surveillance mieux disposés que ceux qui avaient été prévus, la subs-

titution de sauts-de-loup aux murs élevés partout où ce sera possible, la suppression d'un mur gênant pour la surveillance. Enfin, il nous a paru tout à fait nécessaire de donner au petit pavillon servant de dépôt des morts les développements que comportent des recherches nécroscopiques complètes. Si l'on veut que le personnel médical — médecins et élèves internes — reste toujours à la hauteur de l'importance d'un tel asile, est-ce donc se montrer trop exigeant que de réclamer pour lui des moyens d'études sérieuses, comme compensation de cette sorte d'isolement scientifique auquel les règlements le condamneront en rendant obligatoire sa résidence dans l'établissement !

Cependant, les travaux nécessaires à l'installation de cent cinquante aliénés se trouvant enfin terminés vers le mois de juillet 1873, il y a lieu d'indiquer à quelles conditions pouvait s'effectuer cette installation. Ne perdons pas de vue qu'il s'agissait d'une colonie d'aliénés valides, aptes à se livrer à des travaux de terrassement, de plantations, de canalisation, etc., parmi lesquels se trouveraient, avec des hommes depuis longtemps paisibles et incurables, d'autres sujets à des périodes d'excitation leur rendant le travail impossible, d'autres enfin, envoyés là pour y achever leur convalescence et assurer leur guérison par une vie occupée et au grand air. Tous ces hommes pouvaient en outre être atteints de maladies accidentelles nécessitant le repos et un traitement qui, dans l'état où resterait longtemps encore l'asile, ne pourrait leur être administré. Dans cette situation, il y aurait un mouvement fréquent parmi cette population, et il ne se passerait pas de semaine sans qu'un échange de travailleurs ne s'opérât entre la colonie et l'asile de l'Antiquaille où elle devrait se recruter. Il était aussi très-important qu'un personnel de choix, habitué à soigner et à diriger ces aliénés, les connaissant pour la plupart, fût préposé à leur surveillance. De là l'indispensable nécessité de s'entendre avec l'Administration hospitalière chargée du service des aliénés à l'Antiquaille, pour assurer le bon fonctionnement de cette première installation. Il restait convenu que cette entente, cette sorte de traité aurait un caractère essentiellement provisoire, et prendrait fin aussitôt que l'asile serait achevé. A cette condition seulement, l'Administration des hospices voulut bien prêter à l'Administration préfectorale un concours tout à fait désintéressé, puisqu'il devait lui créer l'embarras d'une nouvelle gestion, sans

autre compensation que le remboursement de ses dépenses pour une œuvre dont les charges comme les bénéfices incombaient au département. C'est ainsi que son intervention a toujours été comprise. Acceptée avec reconnaissance par les uns, subie peut-être comme une nécessité par d'autres qui l'admettaient comme seule possible pour obtenir d'importants travaux à peu de frais, appliquer largement un des moyens de traitement les plus efficaces, et désencombrer tout de suite la division des hommes à l'Antiquaille, elle reçut par surcroît l'adhésion de M. l'inspecteur général Constans qui, dans son inspection du mois de juin dernier, put se rendre un compte exact de la situation.

Réduite à ces termes, la question paraissait susceptible d'une solution facile : qu'on se détrompe ! Nous avons vainement cherché dans le rapport présenté au Conseil général dans sa séance du 12 septembre 1873, par la Commission de l'asile de Bron, un avis sur cette affaire toute spéciale et qu'on peut à bon droit qualifier d'urgente. Seul, M. le Conseiller chargé du rapport sur l'hospice de l'Antiquaille et de la Charité, rendant compte de sa mission dans une séance subséquente (15 septembre 1873), résumait ainsi ses impressions sur l'état du service dans le premier de ces établissements : « Nous avons constaté que l'hospice de l'Antiquaille, malgré l'encombrement des malades, est tenu dans de bonnes conditions ; toutefois, nous ne pouvons que nous associer au désir bien fondé de M. le docteur Arthaud de transporter, dans le plus bref délai possible, cent cinquante aliénés à l'asile de Bron. » En revanche, le rapport précité sur l'asile de Bron renferme, avec une critique acerbe de tout ce qui s'est fait dans cet établissement jusqu'à ce jour, un groupement de chiffres qui a la prétention de faire connaître à combien s'élèvera la dépense annuelle de chacun des six cents aliénés des deux sexes que doit recevoir l'asile. Sans vouloir suivre M. le rapporteur dans des calculs dont nous ne pouvons ni ne devons vérifier l'exactitude, qu'il nous soit permis d'exprimer notre surprise d'y voir figurer comme élément important d'appréciation un prix de journée tout à fait exceptionnel, puisqu'il ne porte que sur un petit nombre d'*hommes*, qu'il comprend le prix des rations supplémentaires auxquelles ont seuls droit les travailleurs, et même quelques autres dépenses dont la mention ne devait pas, par conséquent, se retrouver ailleurs, même pour mémoire.

« En présence de cette situation, le premier sentiment de

votre Commission, a dit l'honorable rapporteur, a été l'épouvante. » On comprend que, sous l'influence d'un tel sentiment, elle se soit empressée de demander « qu'il fût sursis à tous votes approbatifs de nouveaux devis et des crédits à leur affectation, jusqu'après décision prise en session extraordinaire. » La majorité du Conseil n'agit-elle pas en cette occasion comme un propriétaire qui, croyant avoir payé trop cher une maison, se refuserait à une dépense relativement minime pour la rendre habitable, au risque de la voir se dégrader, et se priverait ainsi des revenus qu'il pourrait en tirer?

Résumons :

L'Antiquaille est *encombré ;* la division des hommes, notamment, a une population de *cinq cent vingt-neuf* aliénés pour *trois cents* places.

Il y a, à l'asile de Bron, deux bâtiments terminés et pourvus depuis six mois de tout leur mobilier qui risque de se détériorer : *cent cinquante* aliénés valides pourraient y être très-convenablement logés.

D'énormes travaux de terrassement, canalisation et autres sont à effectuer, quelques-uns notamment d'une urgence telle qu'il a fallu en faire exécuter pour une somme de plus de 13,000 francs.

Cent cinquante aliénés auraient accompli ces travaux et beaucoup d'autres, à leur grand avantage, et presque sans bourse délier pour le département.

Un personnel suffisant et éprouvé a promis ses services pour accompagner et diriger cette colonie de travailleurs ; l'Administration hospitalière et les médecins offrent leur concours ; l'Administration préfectorale se montre favorable, l'Inspecteur général approuve..... et tout reste en l'état.

A qui la faute?

J. Arthaud.

DES MALADIES VIRULENTES (1);

Par M. le docteur Rodet.

La Société de médecine, comprenant toute l'importance que présente l'étude des maladies virulentes et désirant contribuer à

(1) Rapport sur cette question mise au concours par la Société de médecine, lu en séance publique le 2 février 1874.

dissiper les obscurités ou les incertitudes qui règnent encore dans l'histoire de ces maladies, avait proposé un prix à celui qui lui enverrait le meilleur travail sur l'un des points de cette histoire, et elle avait stipulé que le point à traiter serait laissé au libre choix des candidats.

Deux mémoires ont été envoyés pour ce concours, l'un qui a été inscrit sous le n° 1 et l'autre sous le n° 3.

Une commission composée de MM. Desgranges, Diday, Chauveau, Perroud, Teissier, Saint-Cyr et Rodet a été chargée d'examiner ces mémoires, et c'est le résultat de cet examen que je vais avoir l'honneur de vous faire connaître.

I

Le mémoire n° 1 a pour épigraphe : *Felix qui potuit rerum cognoscere causas*, et pour titre : *De la transmissibilité de la tuberculose dans l'histoire des maladies virulentes.*

La tuberculose est-elle contagieuse ? est-elle le résultat d'un principe virulent et est-elle susceptible d'être inoculée ? Voilà le problème que l'auteur s'est proposé de résoudre. Nous allons voir s'il y a réussi.

La propriété contagieuse de cette maladie est généralement admise, dit l'auteur. Il a trouvé cette croyance non-seulement en France, mais encore en Belgique, en Hollande et en Allemagne. Plusieurs auteurs, pourtant, y sont opposés. Tel était le professeur Monneret ; tel est surtout, aujourd'hui, M. Pidoux, qui a consacré un ouvrage important à combattre la théorie de la virulence de cette terrible maladie.

M. Pidoux ayant accumulé dans son livre tous les arguments qui lui ont paru propres à renverser cette théorie, l'auteur le prend à partie et combat ses preuves une à une, si bien que son mémoire devient en quelque sorte une critique générale des opinions soutenues par ce savant académicien.

Deux voies étaient ouvertes à notre auteur pour arriver à résoudre le problème important et difficile qu'il s'était posé, savoir, la clinique et l'expérimentation.

La clinique pouvait lui fournir des faits nombreux, intéressants, instructifs ; mais, pour cela, il fallait faire connaître les résultats de sa propre pratique et de celle des autres ; il fallait fouiller dans les recueils anciens et modernes et citer des observations

avec tous les détails nécessaires, afin de mettre tous les lecteurs en mesure de juger de leur valeur réelle et de leur signification exacte. Au lieu d'agir ainsi, l'auteur se borne à nous apprendre 1° que, « sur quatre mille cas de tuberculose pulmonaire, « M. Pidoux en a observé quatre dans lesquels la maladie s'est « développée chez des sujets qui n'en paraissaient pas affectés, « pendant qu'ils donnaient des soins assidus à des phthisiques...»

2° Que « M. Windriff, de Cassel, apporte à l'appui d'un article « de Guibout, fait en 1866, en faveur de la contagion, cinq ob- « servations dont deux par cohabitation complète, deux par les « habillements de laine et un par le séjour dans la même cham- « bre pendant six mois. »

3° « Que MM. Seux et Castan apportent chacun une observa- « tion par cohabitation complète. »

Et 4° « Qu'il a lui-même récemment observé un cas de tuber- « culose dont il a été forcé d'attribuer la cause à la contagion par « soins donnés à un phthisique. Il s'agissait, ajoute-t-il, d'une « jeune fille dont la santé n'avait rien laissé à désirer auparavant « et dont la famille ne présentait aucun antécédent. »

Ces douze faits peuvent être fort importants et très-concluants, peut-être, mais, cités avec ce laconisme, il perdent toute valeur et demeurent incapables d'entraîner la conviction. Si l'auteur n'a pas essayé d'en tirer meilleur parti, c'est probablement parce qu'il n'accorde pas aux preuves cliniques toute la valeur qui leur appartient, et qu'il se réserve de demander ses meilleures preuves à l'expérimentation.

Je ne puis m'empêcher, Messieurs, de m'arrêter ici un instant pour faire remarquer que c'est là une tendance qui devient de jour en jour plus générale.

L'expérimentation est une source éminemment précieuse de découvertes et de démonstrations rigoureuses.

Elle a rendu à la science et elle est destinée à lui rendre encore des services que nul n'est plus disposé que moi à reconnaître et à glorifier ; mais ces services, quelque grands qu'ils soient, ne doivent pas nous faire oublier qu'elle n'est qu'un auxiliaire, qu'un instrument puissant dont la science se sert pour agrandir son champ d'observation, pour contrôler ses vérités, pour rectifier ses erreurs et pour accomplir ses progrès incessants. La véritable science médicale est et sera toujours celle qui se fait au lit des malades et qui vit de l'observation attentive,

minutieuse, exacte et rigoureuse des phénomènes qui précèdent, accompagnent et suivent les maladies.

Après avoir cité ces faits beaucoup trop incomplets, l'auteur recherche par quelles voies la tuberculose peut pénétrer d'un organisme malade dans un organisme sain, et il passe successivement en revue les inoculations cutanées, celle du tissu conjonctif, les vaccinations, les injections vasculaires, la transfusion du sang, les inhalations et les ingestions dans les organes digestifs.

Il admet avec M. Chauveau que les inoculations cutanées sont inefficaces, mais qu'il n'en est pas de même de celles du tissu conjonctif, des injections vasculaires et des ingestions dans l'appareil digestif.

Se fondant sur les données fournies par cet habile expérimentateur, il montre que les effets varient selon que la matière tuberculeuse a pénétré dans l'économie par l'une ou l'autre de ces différentes voies et, chemin faisant, il s'attache à combattre les objections formulées par M. Pidoux contre les résultats de l'expérimentation et contre les conclusions qu'on a cru pouvoir en tirer.

Il admet la possibilité de l'inoculation tuberculeuse par la vaccination, mais ce n'est là qu'une supposition gratuite qui, heureusement, ne repose encore sur aucun fait.

Il admet aussi que les sujets tuberculeux atteints de rougeole ou de coqueluche peuvent transmettre simultanément leur double maladie, mais il ne peut citer aucun exemple à l'appui de cette deuxième supposition, qui me paraît tout aussi peu probable que la précédente.

Enfin il a exécuté une expérience remarquable, qu'il décrit de la manière suivante :

« Nous avons fait, dit-il, dans la veine jugulaire d'un chien, « une injection tuberculeuse avec le liquide préparé comme le « fait M. Chauveau. Deux mois et douze jours après, alors « qu'une toux plus ou moins fréquente et même un léger dépé- « rissement pouvait nous faire admettre le résultat de notre « première opération, nous avons établi entre l'animal, et un au- « tre chien, qui n'avait eu avec le premier aucun rapport, la « communauté de la circulation ou la transfusion réciproque « d'après le procédé Guérin... et nous avons maintenu la com- « munauté pendant un quart d'heure.

« L'autopsie du premier animal, faite le lendemain, nous fit « découvrir d'abondants tubercules dans les poumons. Quant au « second, nous avons observé chez lui de la toux vers le vingt- « septième jour, une légère diarrhée vers la fin du troisième « mois, quatre jours après lequel nous l'avons sacrifié. L'autop- « sie nous fit découvrir des tubercules dans les deux poumons, « dans le foie et dans un ganglion mésentérique. »

Cette expérience, la seule qui soit personnelle à l'auteur, pouvait offrir un très-vif intérêt, mais le laconisme avec lequel elle est rapportée lui fait perdre la plus grande partie de son importance.

L'autopsie du premier animal fit découvrir d'abondants tubercules dans les poumons. Celle du second en fit découvrir dans les poumons, dans le foie et dans un ganglion mésentérique. Voilà tous les détails. Pas de description anatomique, ni d'examen microscopique, ni rien qui puisse permettre de juger si ce que l'auteur a trouvé dans les poumons, le foie et le ganglion mésentérique, était bien réellement de la matière tuberculeuse. Du reste, l'auteur lui-même ne paraît pas avoir été convaincu par ce fait, car, après avoir cité les expériences de M. Colin, qui, contrairement à M. Chauveau, n'a jamais vu la tuberculose produite par l'ingestion de la matière tuberculeuse dans les organes digestifs, bien qu'il ait répété cette ingestion sur trente animaux d'espèces différentes, il semble frappé d'un découragement profond, puisqu'il se demande s'il doit conclure, et qu'il repond en ces termes :

« Nous dirons hardiment non ! car, de quelque côté que soit « la vérité, elle n'est pas encore assez éclatante..... Ce qui nous « arrête, ajoute-t-il, c'est la production de la tuberculose par les « inoculations d'autres substances que le tubercule, résultat que, « d'après M. Chauveau lui-même, il serait puéril de nier. Ce sa- « vant et habile défenseur de la virulence, a, il est vrai, échoué « avec le pus, et, d'après lui, la confusion provient de ce que cer- « tains processus inflammatoires et généralisés ont, par leurs « caractères anatomiques, la plus grande analogie avec les pro- « cessus multiples de la tuberculose. Mais ce fait n'est pas en- « core suffisamment établi pour que nous puissions conclure « d'une manière définitive. »

« Ce qu'on doit faire, ajoute t-il plus loin, c'est discuter, à « l'exemple de M. Chauveau, et s'entendre sur une méthode « pour les différentes opérations ; mettre la plus scrupuleuse

« exactitude dans les substances employées et la plus grande « attention dans les résultats observés, car c'est dans ces deux « points extrêmes que gît surtout la question. »

En définitive, l'auteur du mémoire n° 1 a paru à la Commission doué de connaissances étendues et d'un esprit critique de bon aloi, mais, ayant choisi lui-même le sujet de sa dissertation, il était tenu, sinon de résoudre le problème difficile, ardu, compliqué de la virulence de la tuberculose, mais au moins de préparer cette solution en élucidant certains points controversés et en réalisant un progrès quelconque.

Ce programme ne pouvait être rempli que par des études cliniques très-sérieuses que l'auteur n'a pas faites et par des expériences nouvelles qu'il n'a pas exécutées ; aussi n'est-il arrivé qu'au doute le plus absolu, comme nous l'avons montré. Nous avons donc le regret de dire que les difficultés du sujet subsistent tout entières, que rien n'est élucidé et qu'aucun progrès n'est réalisé par cette dissertation savante et intéressante sous plus d'un rapport. Aussi, croyons-nous devoir proposer de ne pas décerner à son auteur le prix proposé par la Société, mais de lui accorder une mention honorable pour le dédommager de ses efforts et pour l'encourager à pousser plus loin ses études et ses investigations, afin d'écarter le doute et de trouver enfin la lumière.

II.

Le mémoire n° 3 a pour épigraphe : *Ars longa*, et pour titre : *Considérations et observations sur la variole.*

L'auteur commence par un historique assez étendu des diverses épidémies varioliques qui ont affligé l'humanité depuis la découverte de la vaccine. Il fait voir que tandis que la préservation était absolue, ou à peu près absolue, pour les premiers vaccinés, elle a présenté des exceptions de plus en plus nombreuses à mesure qu'on s'est éloigné de l'époque de cette découverte. Il arrive ainsi jusqu'à l'épidémie la plus récente, à celle qui a débuté à Paris, en 1867, et dont nous avons pu observer les épouvantables effets, et voici en quels termes il en parle : « Les « faits qu'on observe pendant ses ravages ne servent qu'à ren- « verser les théories établies. La variole atteint non-seulement « les vaccinés, mais aussi les revaccinés, ; elle devient assez fa-

« milière avec la vaccine pour naître, vivre et s'éteindre simul-
« tanément avec elle sur les mêmes sujets. Elle se joue du vac-
« cin de Jenner comme des cowpox nouveaux, de la vaccine
« humaine comme de la vaccine animale, toute la prophylaxie
« de la variole se trouve remise en question..... En résumé, le
« trouble est dans les idées, et les garanties à l'abri desquelles
« on a vécu depuis le commencement de ce siècle se sont éva-
« nouies. »

« Beaucoup d'hommes, dit-il plus loin, qui, jusque là, avaient
« eu foi entière dans la vaccine, n'osèrent plus vacciner dans la
« crainte que l'introduction dans l'organisme d'un virus exanthé-
« mateux n'allât contre son but et ne favorisât la disposition aux
« fièvres éruptives. »

Cette croyance, il est vrai, s'était répandue dans une partie de la population, et que de fois il nous fut demandé à cette époque s'il n'était pas imprudent de se faire vacciner en temps d'épidémie ! On doit pardonner aux gens du monde d'avoir accepté des idées aussi contraires aux données de la science, mais qu'il se soit rencontré des médecins qui aient pu les partager et même les propager, c'est ce que je ne puis comprendre, et l'auteur en citant sans la combattre cette opinion absurde et dangereuse, ne semble-t-il pas lui accorder un certain degré d'adhésion ?

En temps d'épidémie, toujours d'après l'auteur, les vaccinations et les revaccinations ne sont que des barrières insuffisantes contre la variole. « A Paris, dit-il, on vaccine et l'on re-
« vaccine plus que jamais, et néanmoins l'épidémie s'étend et se
« multiplie. »

Ce qui est vrai, c'est que les autorités parisiennes avaient établi, dans plusieurs quartiers de la ville, des bureaux de vaccination animale gratuite, mais ce qui est vrai aussi, c'est que le public se rendit peu à ces bureaux : que la première semaine on vaccina quelques milliers de personnes, que la quantité de ces personnes diminua de semaine en semaine, et qu'après la quatrième le nombre des revaccinés devint insignifiant. Ce qui est vrai encore, c'est qu'on se servait de vaccin animal pour ces opérations et qu'il fut reconnu plus tard que ce virus était loin d'égaler en puissance celui de Jenner.

L'épidémie s'est étendue, en effet, malgré ces quelques revaccinations, mais n'oublions pas que tous les fléaux ne tardèrent pas à se conjurer pour en favoriser la diffusion et l'aggravation.

La guerre engendra partout des préoccupations supérieures qui firent souvent oublier celles qui auraient porté à se prémunir contre l'épidémie. Elle nécessita des mutations, des transports, des mélanges, des agglomérations, des privations et des souffrances qui multiplièrent la contagion à l'infini et qui donnèrent à la maladie un cachet de gravité insolite et tout exceptionnel.

L'épidémie ayant pénétré dans le pays qu'habite l'auteur, il se demanda ce qu'il devait faire. « Devions-nous, dit-il, nous en « tenir à la revaccination qui n'avait rien empêché et à laquelle « nous ne pouvions plus revenir, parce que nos ressources en « vaccin avaient été épuisées dès avant l'apparition de l'épidé- « mie parmi nous ? »

Il eut donc recours à l'inoculation variolique, et il en retira d'excellents résultats. Grâce à elle il put limiter la variole à un individu dans chaque famille. Il la pratiqua 76 fois, toujours sur des sujets vaccinés ou revaccinés. Il obtint 63 succès, à des degrés divers. 54 fois l'éruption fut limitée aux points inoculés. 9 fois seulement elle fut suivie d'une éruption générale discrète, précédée de fièvre et de céphalo-rachialgie. Tous les inoculés furent préservés, à l'exception d'un seul, chez lequel l'éruption variolique parut quatre jours après l'insertion du virus, ce qui prouve que la maladie existait déjà à l'état d'incubation. L'inoculation réussit dans les deux tiers des cas, tandis que les revaccinations ne prennent qu'une fois sur trois.

En résumé, voici quels sont les principes que l'auteur soutient dans son mémoire :

1° Les vaccinations et les revaccinations suffisent en temps ordinaire, et il faut alors s'en tenir à elles, mais il est bon de les renouveler tous les quinze ans et même toutes les fois que l'occasion s'en présente.

2° En temps d'épidémie variolique ces moyens sont insuffisants et ne constituent qu'une barrière incapable d'arrêter la marche envahissante du fléau.

3° Dans ce cas, il faut avoir recours aux inoculations varioliques.

4° Ces inoculations ne doivent être pratiquées que sur les sujets vaccinés ou revaccinés.

5° L'inoculation primitive ne l'effraye pas, dit-il ; elle n'est un épouvantail que pour ceux qui n'en ont entendu parler que de loin et qui ne l'ont jamais vu mettre en pratique, mais il recon-

naît que la vaccine, introduite antérieurement, diminue considérablement et même éteint quelquefois l'aptitude à la variole.

6° La variole inoculée est complétement inoffensive et elle n'exerce aucune influence contagieuse sur les sujets vaccinés, ce qui la distingue de la variole épidémique, que n'arrêtent ni les vaccinations ni les revaccinations.

Examinons maintenant les plus importantes de ces propositions et voyons si elles doivent être acceptées sans contestation :

1° *Les vaccinations et les revaccinations, qui suffisent en temps ordinaire deviennent insuffisantes en temps d'épidémie.*

L'auteur lui-même reconnaît que les premiers vaccinés étaient très-bien préservés et qu'ils restaient presque tous indemnes au milieu des épidémies qui sévissaient autour d'eux. Mais, pour lui, cela provient de ce que, dans le but de contrôler la puissance de la vaccine, on leur avait pratiqué aussi l'inoculation du virus variolique. Comme ces inoculations, dit-il, étaient faites peu de temps après la vaccination, elles ne donnaient généralement qu'un résultat négatif, ce qui était loin de prouver la nullité de leur influence prophylactique. Cette théorie est complétement inadmissible, car, d'une part, il s'en faut que tous les premiers vaccinés aient été inoculés, et ensuite, si l'inoculation variolique ne produisait chez eux que des effets négatifs, il est naturel d'en conclure que la vaccine avait produit un effet préservatif complet, au moins momentanément, et enfin, rien n'autorise à admettre avec l'auteur qu'une inoculation qui reste sans effet apparent exerce néanmoins, dans l'économie entière une influence capable de compléter l'effet de la vaccination.

A-t-on oublié les expériences tentées, en 1801, par le Comité central de vaccine de Paris pour mettre à l'épreuve la puissance préservatrice de la vaccine? On mit 36 individus récemment vaccinés dans une salle de varioleux et on les y fit séjourner quinze jours au moins. Plusieurs couchèrent dans les lits contaminés, d'autres portèrent sur leur chair des chemises qui avaient servi aux varioleux et tous sortirent sains et saufs de cette terrible épreuve.

Comme on pourrait objecter que ces immunités n'ont été obtenues que parce qu'on n'était pas alors en temps d'épidémie, j'ajouterai les preuves suivantes :

M. Chauveau nous a dit que, se trouvant aux prises avec la variole dans l'ambulance dont il faisait partie pendant la guerre,

il était venu à Lyon chercher du vaccin sûr, et que tous ceux auxquels il l'avait inoculé avaient été préservés du fléau.

Pendant la dernière épidémie, j'ai pratiqué près de mille revaccinations. Eh bien! j'affirme que, sur ce nombre considérable de personnes revaccinées, aucune n'a contracté la petite vérole, quoique vivant toutes au milieu d'un foyer épidémique intense.

Pour moi, je le dis avec une conviction profonde, les revaccinations sont aussi préservatrices en temps d'épidémie qu'en temps ordinaire; mais, pour qu'elles produisent cet heureux effet, il faut qu'elles soient récentes et pratiquées avec un bon vaccin, et j'ajoute qu'on ne doit y avoir confiance que lorsque les piqûres ont produit un effet local apparent, soit une vaccine vraie, soit une vaccinoïde, soit une fausse vaccine. Lorsque aucun de ces effets n'apparaissait chez mes revaccinés, je ne manquais jamais de renouveler l'opération une fois et plus encore s'il le fallait.

2° *L'inoculation variolique est inoffensive chez les individus vaccinés ou revaccinés. La primitive même n'offre pas de danger.*

Que la variole provenant de l'inoculation soit généralement beaucoup moins grave que la variole spontanée, c'est ce qu'il n'est pas permis de nier. C'est ce qui a été constaté par tous ceux qui l'ont pratiquée ou vu pratiquer avant la découverte de la vaccine. Mais déjà, à cette époque, on avait cité des cas malheureux, et ces exceptions, habilement exploitées par les détracteurs de la méthode, n'avaient pas peu contribué à en retarder la généralisation. Je ne veux pas insister sur ces faits anciens, mais il me sera bien permis au moins de rappeler les conséquences funestes que produisirent à Lyon des tentatives de ce genre, à une époque qui n'est pas encore bien éloignée de nous.

Notre ancien et regretté collègue le docteur Brachet crut avoir trouvé le moyen d'atténuer l'action du virus variolique en le mélangeant avec du lait. Il donna le nom de lacto-varioliques aux inoculations faites selon cette méthode, qui n'était pas précisément nouvelle, car elle avait une certaine analogie avec celles que mettaient en pratique Thielé, en Russie, et Ceely, en Angleterre. Des expériences furent entreprises à l'hospice de la Charité avec ce prétendu virus atténué, sous la direction de M. Bouchacourt, alors chirurgien en chef de cet hospice. Les vingt-une premières inoculations ne donnèrent lieu qu'à des éruptions locales d'une grande bénignité; mais bientôt aux plus belles espérances succédèrent les angoisses et les regrets, car

trois enfants inoculés périrent victimes d'une variole généralisée?

Je sais bien que l'auteur du mémoire réserve l'inoculation variolique pour les sujets vaccinés ou revaccinés; mais comme il est démontré que l'on peut rencontrer chez ces sujets des varioles confluentes, hémorrhagiques, mortelles, il n'est pas permis d'être complètement rassuré sur les conséquences de l'inoculation pratiquée même dans ces conditions.

3° *La variole qui provient de l'inoculation n'exerce aucune influence contagieuse sur les sujets revaccinés.*

Tous les auteurs qui ont traité de l'inoculation ont reconnu que la variole inoculée est infiniment moins contagieuse que la variole spontanée. Ce fait n'a rien d'étrange, car il est évident que la contagion par infection ou à distance doit être en raison directe de la quantité de poison répandu dans l'air, c'est-à-dire du nombre des pustules. Or, la variole inoculée ne consistant le plus souvent qu'en une éruption locale, son influence contagieuse doit être réduite à de minimes proportions. Mais l'auteur va trop loin lorsqu'il dit que les varioles de ce genre n'exercent aucune influence contagieuse, car l'un des membres de la Commission, M. Chauveau, nous a dit avoir observé à la Charité un cas de petite vérole communiquée à un enfant par un sujet d'expérience auquel il avait pratiqué l'inoculation variolique.

En résumé, la Commission est d'avis que l'auteur du mémoire numéro 3 n'accorde pas aux vaccinations et aux revaccinations toute la valeur qu'elles ont réellement, en affirmant qu'elles sont insuffisantes et inefficaces en temps d'épidémie, et qu'il atténue, au contraire, les inconvénients et les dangers des inoculations varioliques, en soutenant qu'elles sont toujours inoffensives et qu'elles ne peuvent jamais devenir des sources de contagion.

Si nous repoussons les inoculations, même en temps d'épidémie, c'est parce que nous avons dans les revaccinations faites soigneusement, avec du vaccin bien choisi, la même confiance qu'on leur accordait autrefois et qu'elles n'ont pas cessé de mériter; mais, si l'on se trouvait aux prises avec une épidémie variolique, sans pouvoir se procurer en temps utile du vaccin convenable et en suffisante quantité, nous irions plus loin que l'auteur du mémoire, car nous conseillerions l'inoculation non-seulement aux sujets vaccinés ou revaccinés, mais encore et surtout à ceux qui ne l'auraient jamais été, puisqu'il est incon-

testable que ce sont ceux-là qui payent toujours le tribut le plus lourd à ce redoutable fléau. L'auteur lui-même cite l'épidémie qui sévit à Marseille en 1828 comme ayant frappé la moitié des sujets non vaccinés et un quinzième seulement de ceux qui l'avaient été.

Non-seulement les individus non vaccinés ont incomparablement moins de chance d'échapper aux atteintes du fléau, mais encore ils subissent une mortalité beaucoup plus considérable. En voici une preuve entre mille : du 1er février au 31 mai 1870, dit M. Fauvel, 275 varioleux furent traités à l'Hôtel-Dieu de Paris.

De ces 275 varioleux, 28 n'avaient jamais été vaccinés. Il en mourut 21, c'est-à-dire 75 %.

232 avaient été vaccinés dans leur enfance. Il en mourut 19, c'est-à-dire 8.19 %.

12 avaient été revaccinés trois ans, au moins, avant d'être atteints. Aucun ne succomba.

3 enfin avaient été revaccinés pendant la période d'incubation de la variole. Ils guérirent tous les trois.

Malgré les erreurs et les défauts que je viens de signaler, nous nous empressons de reconnaître un mérite réel au mémoire numéro 3. Il est écrit avec clarté, avec méthode, avec correction et même avec élégance. Il renferme un grand nombre de faits intéressants, et, quoique nous n'approuvions pas tous les préceptes qu'il contient, nous savons gré à l'auteur d'avoir appelé l'attention du corps médical sur une méthode de préservation qui avait été justement accueillie comme un très-grand bienfait dans le siècle passé, et qui n'a été abandonnée que pour faire place à une méthode plus bienfaisante encore. Aussi votre Commission vous propose-t-elle d'accorder à l'auteur de ce mémoire, non pas le prix, mais une mention honorable comme à celui du premier.

Nous devons l'avouer, au moment de prononcer ce jugement, nous avons éprouvé quelque scrupule. Cet opuscule renferme des faits identiques à ceux qui ont été présentés au Congrès de Bordeaux, en 1872, par M. le docteur L. Papillaud, et à ceux que contient le mémoire du même auteur couronné en 1871 par la Société médico-chirurgicale de Liége. On y reconnaît les mêmes idées, les mêmes opinions, le même style et jusqu'à des expressions en quelque sorte caractéristiques. Il nous a donc été im-

possible de ne pas supposer que M. Papillaud était aussi l'auteur du mémoire qui nous a été envoyé. Cette considération ne nous a pas empêchés de proposer pour lui une mention honorable, mais nous pensons que cette récompense honorifique ne doit être accordée qu'à la condition que le mémoire a réellement pour auteur M. Papillaud, car tout autre que lui n'aurait pu écrire ainsi sans se rendre coupable d'un plagiat inexcusable, auquel nous ne pourrions accorder ni récompense ni encouragement.

HYGIÈNE DES CIMETIÈRES (1);

Par M. le docteur FONTERET.

Parmi les grandes questions d'hygiène publique qui intéressent à un haut degré la salubrité de notre ville, il en est une dont l'étude complexe préoccupe à juste titre nos Sociétés savantes et tous les hommes de progrès, tandis qu'elle se poursuit avec maturité dans les conseils de l'autorité compétente.

C'est la seconde fois depuis vingt ans que cette étude s'impose avec un caractère d'urgence et appelle une solution pratique en rapport avec les données de la science et appropriée aux besoins nés de l'accroissement de la population.

Nous voulons parler des mesures à prendre en vue de remédier à l'insuffisance reconnue de l'emplacement ouvert, en 1807, aux sépultures sur la partie occidentale du plateau de Fourvière.

Agrandi à plusieurs reprises, notamment en 1831 et 1834, le cimetière de Loyasse dut s'agrandir derechef, en 1853, devant l'imminence de certaines éventualités réputées très-meurtrières : il s'agissait de la réapparition du choléra épidémique.

Mais, déjà à cette époque, tout en émettant un avis favorable à la destination de l'annexe proposée par l'Administration, le Conseil d'hygiène et de salubrité, consulté officiellement, demandait « que cette extension donnée au cimetière général, soit sur le plateau, soit sur le versant de la montagne, *fût la dernière* ; et il déclarait qu'il y avait lieu de s'occuper immédiatement de la création d'un nouveau cimetière. »

(1) Rapport sur cette question mise au concours par la Société de médecine, lu en séance publique le 2 février 1874.

Nous n'avons pas à rechercher ici pour quelles causes, sous les administrations qui se sont succédé, ni l'un ni l'autre de ces avis si formels n'a prévalu. Ce que nous pouvons dire, c'est qu'ils étaient longuement et fortement motivés par le savant et consciencieux rapport du docteur Devay, de regrettable mémoire. Ce que nous pouvons dire aussi, c'est qu'un projet d'agrandissement du cimetière de Loyasse, par l'occupation immédiate du champ de manœuvres de la Sarra, surgit tout à coup, en 1871, et fut suivi d'un arrêté préfectoral, en date du 25 juillet de la même année, autorisant la ville de Lyon à affecter cette annexe au service des inhumations.

L'oubli des prescriptions émanées du Conseil de salubrité était flagrant.

Grâce au recours formé devant l'Administration supérieure contre cet arrêté inattendu, par quelques-uns de ceux qui étaient le plus directement intéressés à en empêcher l'effet, force a été de surseoir à son exécution et de procéder à un supplément d'enquête

Vous vous rappelez la légitime émotion produite dans le public lorsque parut le *Mémoire de l'ingénieur en chef de la ville, en réponse au recours formé devant M. le Ministre de l'intérieur*, mémoire qui concluait à la confirmation pure et simple de l'arrêté préfectoral.

Emue elle-même des plaintes dont sa Commission des maladies régnantes s'était fait l'écho, la Société de médecine crut le moment propice pour intervenir dans le débat. Elle nomma une Commission spéciale avec mandat de lui présenter un rapport, et une étude approfondie de la question l'amena à conclure, à l'unanimité de ses membres, qu'il ne fût pas donné suite au projet d'agrandissement du cimetière de Loyasse, par l'occupation du champ de manœuvres de la Sarra.

Vous avez ordonné l'impression de ce rapport en le revêtant de votre approbation, et vous lui avez donné toute la publicité possible.

Peu après, le maire de Lyon, M. Barodet, par une décision qui l'honore, instituait une Commission scientifique, composée de géologues, de chimistes, de médecins et d'ingénieurs, et les invitait à donner leur avis sur les divers projets ou systèmes d'agrandissement et de déplacement des cimetières de Lyon.

De son côté, la Société de médecine ne restait pas inactive.

Estimant n'avoir rien fait tant qu'il lui restait quelque chose à faire, ne voyant dans le résultat obtenu qu'un encouragement à persévérer dans un ordre de travaux conformes à ses traditions, convaincue d'ailleurs que du choc des idées naît la lumière, elle mit au concours la question suivante :

« Des cimetières de Lyon. Des moyens de parer à leur insuffisance et à leurs dangers, en remplissant toutes les conditions de l'hygiène. »

On le comprend sans peine : la question formulée dans ces termes précis avait un caractère de généralité qui élargissait considérablement le cadre des études que nous venons de rappeler. Mais, en même temps qu'elle laissait le champ libre aux efforts des concurrents, elle leur assignait du même coup une limite et des règles : les règles étaient celles de l'hygiène ; la limite, celle des mesures praticables.

Malgré l'importance du sujet, peut-être à cause des difficultés dont il est semé; nous avons le regret de le dire, un seul mémoire vous a été présenté pour prendre part au concours.

Vous avez nommé, pour l'examiner, une Commission composée de MM. Ferrand, Glénard, Rollet, Pétrequin et Fonteret auxquels se sont joints, suivant l'usage, le président et le secrétaire général de la Société, MM. Desgranges et Diday.

Nous venons vous soumettre le résultat de cet examen.

Le mémoire que vous avez reçu porte pour épigraphe :

« Je crois aux revenants, mais sous forme de miasmes. »

L'auteur de ce mémoire entre sans préambule dans son sujet, par l'étude qu'il annonce devoir faire des dangers que comportent les cimetières de Lyon, aussi bien ceux en activité de service que ceux fermés depuis un plus ou moins grand nombre d'années.

Ces dangers sont de deux sortes et prennent leur origine, soit dans les émanations gazeuses qui infectent l'atmosphère ambiante des terrains consacrés aux inhumations, soit dans les infiltrations liquides qui, après avoir délavé les matières cadavériques, empoisonnent les sources, souvent à de grandes distances.

Faisant à ce point de vue la topographie de nos cimetières, l'auteur les tient pour dangereux. Mais n'est-il pas inexact dans son appréciation quand, parlant de celui de Loyasse, il dit que toutes les eaux de sources sur la rive droite de la Saône peuvent être tenues en légitime suspicion depuis Vaise jusqu'aux balmes

des Étroits ? Et n'attribue-t-il pas à ce cimetière des effets qu'il ne saurait produire et qui dépassent les limites de son influence?

Porte-t-il bien la conviction dans l'esprit du lecteur lorsque, abordant séparément l'examen de chacun de nos cimetières, il se borne à invoquer leur situation respective, la configuration du sol, ses déclivités, son orientation et sa ventilation, comme propres à favoriser la contamination des eaux suivant telle direction ou la propulsion sur telle partie de la ville, de miasmes infectieux ?

Il est fort probable que les choses doivent se passer ainsi ; votre Commission regrette toutefois que l'auteur n'en ait pas fait au moins un essai de démonstration rigoureuse. On l'eût puisée peut-être, cette démonstration, dans la notion acquise de l'état sanitaire spécial des localités placées sous le vent de nos principaux cimetières ; dans l'analyse des eaux d'un quartier, celui de Vaise, par exemple, vers lequel déversent en partie les infiltrations liquides de Loyasse et qui est réputé, l'auteur le dit lui-même, pour la mauvaise qualité de ses eaux de sources.

C'était le cas ou jamais de discuter l'opinion de ceux qui font jouer un si grand rôle aux maladies infectieuses dans l'état sanitaire de Saint-Just et de Saint-Irénée, opinion controversée par d'autres.

Tous ces points si neufs et si décisifs dans la question ont été omis par l'auteur.

Ce qu'il a omis encore, c'est d'étudier nos cimetières eu égard à leur âge, au nombre de leurs sépultures, à l'état de saturation des uns, à la non saturation des autres. Il n'est pas douteux qu'il existe sous ce dernier rapport des différences profondes, notamment entre l'ancien Loyasse et le nouveau cimetière de la Guillotière, différences qu'il importait de signaler, puisqu'elles pourraient conduire dans la pratique à conserver celui-ci et à fermer celui-là.

L'auteur énumère ensuite et décrit rapidement les cimetières des communes suburbaines, bien qu'ils ne soient pas compris dans votre programme. Les pages qu'il leur consacre renferment les mêmes lacunes sur lesquelles nous venons d'appeler votre attention, et nous croyons qu'elles donnent lieu aux mêmes observations critiques.

Dans sa pensée, si certains cimetières suburbains ne présentent encore ni l'insuffisance ni les dangers de ceux de Lyon, il viendra un moment, qui ne saurait être éloigné, où pour l'insuf-

fisance et les dangers, ils marcheront de pair avec ceux de la métropole.

Tout en énonçant cette prévision peu rassurante, l'auteur ne veut pas qu'on s'exagère les périls de la situation ; et il fait remarquer que les trois grands courants atmosphériques, sud, ouest, nord, ordinairement actifs et même violents dans notre région, concourent à les atténuer en balayant les miasmes et les empêchant de séjourner dans notre centre populeux. C'est bien dit ; néanmoins, il a raison d'ajouter « que l'heure est venue d'enrayer le développement du mal, qui a jeté de profondes racines, non pas à nos portes, mais au sein même de la cité. »

C'est par cette transition qu'il aborde l'exposé des moyens à employer pour prémunir les vivants contre les dangers de nos champs mortuaires.

La première mesure qu'il propose est la suppression du droit d'inhumation dans tous les cimetières de la ville de Lyon et des communes suburbaines.

Cette mesure nous semble trop hâtive et trop radicale pour être applicable, et aussi peu applicable qu'elle est peu justifiée ; car, elle suppose entre tous nos cimetières une égalité de dangers pour la santé publique, qui, nous l'avons fait entrevoir, n'existe réellement pas.

Le deuxième moyen indiqué consiste dans l'application aux sépultures et aux lieux d'inhumation, d'une formule dont les Anglais ont arrêté les termes et dont ils ont réalisé les prescriptions dans leur pays. Elle peut se résumer en quelques mots.

« Les produits de la décomposition des corps humains sont des « gaz, des sels, des liquides.

« Les gaz se font jour à travers le sol et s'échappent dans l'atmosphère.

« Les sels peuvent se volatiliser, se fixer dans la terre, se « combiner avec les liquides et s'écouler avec les eaux souter- « raines. »

Cette évolution est fatale et constitue ce que nos voisins d'outre-Manche appellent la « circulation continue ; » il s'agit uniquement de la régulariser, tant à la surface qu'à l'intérieur de la terre. On y parvient à l'aide des plantations les plus propres à absorber les miasmes et les odeurs qui vicient l'atmosphère et par l'emploi du drainage souterrain, destiné à soustraire et à emporter au loin les liquides impurs qui imprégnent le sol.

En somme, les principes d'assainissement des cimetières reposent sur cette double opération : plantations et drainage.

Suit une longue citation empruntée à M. Chevreul, pour établir le vrai rôle des plantations, usitées comme agents d'assainissement. Contrairement à l'opinion généralement admise, ce ne serait pas par l'oxygène qui se dégage sous l'influence de la lumière et gagne immédiatement les couches supérieures de l'atmosphère, que ces plantations concourent le plus efficacement à l'entretien de la salubrité des villes ; ce résultat serait dû surtout à l'action incessante des racines, qui, ramifiées à l'infini, et soutirant continuellement et de proche en proche les liquides saturés de sels et de matières organiques pour se les approprier et s'en nourrir, rétablissent la pureté du sol.

Vient ensuite le rapport d'une délégation de savants appelés à constater les moyens naturels mis en usage pour désinfecter les égouts d'une ville anglaise de 17,000 âmes (Croydon). Ces eaux, souillées d'impuretés de toute sorte et des déjections les plus immondes, sont dirigées sur une grande prairie dont elles irriguent successivement les diverses parties. Aucune mauvaise exhalaison n'est appréciable dans la prairie, dont la végétation est luxuriante et vigoureuse ; aucune impureté ne trouble la limpidité de l'eau qui en sort, sans odeur ni saveur rappelant son origine.

Plus loin, l'auteur cite cette conclusion d'un remarquable travail de M. de Freycinet, ingénieur des mines : « *Le contact de la plante produit une désinfection immédiate* » des eaux d'égout, et il ajoute qu'il en sera de même pour les cimetières.

Ceux-ci, une fois fermés aux inhumations futures, seront placés sous la direction d'un service spécial. Un horticulteur expérimenté désignera les plantations à faire, les essences des arbres et arbustes à planter, la place convenable à donner aux plantes vivaces ; il s'appliquera, en un mot, à seconder le travail de la nature par l'emploi raisonné de toutes les ressources de son art.

« De cette manière, dit l'auteur, rien ne sera changé au caractère sacré des champs mortuaires ; poésie, recueillement, mystère, culte des souvenirs, tout est respecté ; on arrivera même à un embellissement magistral. »

Voilà assurément des pensées fort sages, dignes de l'approbation de tous ; voilà aussi un ensemble de moyens très acceptables

et fort propres à faire disparaître, dans une certaine mesure, les causes d'insalubrité particulières à l'asile des morts. Mais pourquoi l'auteur dépare-t-il encore une fois son travail en faisant de la suppression impraticable des cimetières la condition fondamentale de la réalisation de moyens préventifs que tout le monde admet ?

On trouve dans le drainage des avantages d'un ordre différent, mais non moins nécessaires dans des circonstances déterminées, et qui concourent au même but : l'assainissement.

Deux exemples pris à Versailles et à Bordeaux indiquent la portée de cette mesure. C'est encore à M. de Freycinet que l'auteur en emprunte les détails.

A Versailles, le sol était tellement envahi par les eaux que, sur certains points, on ne pouvait ouvrir les fosses à plus de 1 mètre 20, et que la rotation quinquennale était devenue inapplicable. Dans le cimetière de la Chartreuse, à Bordeaux, certains caveaux étaient inondés sur une hauteur de 70 centimètres.

On peut, par là, se faire une idée du mal auquel il a fallu remédier par le drainage.

Cette opération peut être exécutée sous deux formes ; de là, deux systèmes. L'un, dit à eau forcée, ne recueille que les eaux d'infiltration et non celles de la surface ; l'autre, qui a les préférences de l'auteur, reçoit les unes et les autres. Ce dernier l'emporte par l'avantage qu'il présente de faciliter la circulation des ouvriers dans le canal d'égout, et, par conséquent, l'inspection et les soins de l'entretien.

L'auteur trace à grands traits les caractères généraux du drainage de la plus grande nécropole de l'agglomération lyonnaise.

Nous n'essayerons pas de le suivre dans l'exposition technique qu'il en fait, en homme versé d'ailleurs dans la connaissance de ces travaux spéciaux. Nous ne mentionnerons que les points qui nous ont le plus frappé et qui montrent le mieux les difficultés et la grandeur de l'entreprise.

Le canal collecteur prendrait naissance dans le nouveau cimetière de Loyasse, près le champ de manœuvres de la Sarra, descendrait par le chemin de Saint-Just à Vaise, recueillant sur son passage les eaux de l'abattoir, et aboutirait à un grand collecteur établi de Rochecardon à la saulée d'Oullins, de manière à noyer dans le courant du Rhône les liquides impurs captés dans ce parcours considérable.

Le nettoiement de l'égout, du champ de la Sarra à la plaine de Vaise, serait pratiqué à grande eau une fois par semaine, au moyen d'un réservoir muni d'une vanne et suffisamment approvisionné d'eau. Cette opération serait précédée d'un brossage à l'intérieur du canal.

D'après l'avis de votre Commission, la nécessité de drainer le cimetière de Loyasse n'est nullement démontrée. Nulle part, il ne présente dans sa constitution géologique une exubérance aqueuse tant soit peu comparable à celle des cimetières de Versailles et de Bordeaux. S'il pèche contre la salubrité, c'est, avant tout, par suite de la sursaturation cadavérique du sol où se font les sépultures, au point que, depuis longtemps, la décomposition des corps en est retardée bien au delà de la rotation quinquennale prescrite par la législation, ce que l'auteur ne mentionne nulle part.

On ne saurait non plus admettre avec l'auteur, sans un sérieux examen, la nécessité du drainage de tous les cimetières qu'il a énumérés. Toutefois, on doit le reconnaître, l'utilité de cette opération est réelle dans bien des cas, comme garantie contre les migrations lointaines des eaux d'infiltration.

On a remarqué le soin qu'a pris l'auteur de diriger les eaux du drain collecteur dans le Rhône. Il prévoit le cas où leur écoulement dans la Saône serait seul praticable, et dit qu'il conviendrait alors de faire déboucher le drain sur une prairie ; puis de drainer celle-ci avant d'en laisser perdre les eaux dans cette rivière ; on sait qu'alors elles ont cessé d'être insalubres.

Résumant sa pensée tout entière dans une série de considérations où il revient sur l'insuffisance des cimetières de Lyon et leurs dangers, sur la progression constante du chiffre de la population, et où il signale le péril de cette sorte d'investissement toujours croissant des champs mortuaires par les habitations des vivants, l'auteur conclut, pour la troisième fois, à la suppression du droit d'inhumation dans les cimetières de l'agglomération lyonnaise et de la banlieue, et il propose, ce qui existe déjà à Londres, ce qui a été décidé en principe pour la ville de Paris, la création d'une vaste nécropole éloignée de 25 à 50 kilomètres de notre ville.

Le plateau bressan ou les plaines du Dauphiné lui semblent appropriés admirablement à cette destination.

L'étendue de la nécropole serait telle que chaque sépulture ne

pût être troublée avant cinquante ans par l'arrivée d'un nouvel occupant. Pour obtenir ce résultat, calculé sur une population de 500,000 âmes, l'auteur ne réclame pas moins de 400 hectares de superficie, loin de tout centre d'habitation, dans un site retiré et découvert, en tête d'une vallée en pente douce... On exproprierait les fermes, les hameaux, les agglomérations rurales les plus rapprochées... On sillonnerait la nécropole de drains et de canaux d'égout qui aboutiraient à des prairies artificielles... Une distribution d'eau potable y serait installée à l'usage des employés, des visiteurs, et des établissements indispensables au service de la nécropole, en même temps qu'elle servirait aux besoins des habitants des fermes, hameaux, villages dont les sources ne seraient pas à l'abri de tout soupçon... L'expropriation, du reste, s'étendrait au delà de la nécropole, sur une zone de 2 ou 3 kilomètres, mise en culture agricole, avec interdiction d'y élever d'autres constructions que les bâtiments nécessaires à une grande exploitation.

Un chemin de fer partant de la colline de Fourvière, excavée derrière la rue du Bœuf, ou franchissant en tunnel la colline de la Croix-Rousse, au niveau de la vieille ville, relierait Lyon à la nécropole, ou plutôt au bois sacré decoré de fontaines jaillissantes et de massifs de fleurs et de verdure. « Partout la vie se développerait au-dessus de la mort : vie des végétaux, vie des insectes, vie des oiseaux ! » Nous esquissons à peine le poétique tableau « des splendeurs sévères de ce lieu, où les vivants sentiraient les morts dormir paisiblement à l'ombre des bois sacrés. »

Il est fâcheux que d'aussi brillantes théories soient de tout point irréalisables ; et l'auteur de ce gigantesque projet l'a bien compris, puisqu'il avoue n'avoir pas compté avec le budget municipal.

On demandait des moyens d'assainissement pour nos cimetières, quelques règles sur leur distribution, leur aménagement, leur agrandissement ou leur déplacement. Et l'auteur répond en proposant un seul cimetière de 400 hectares, à 25 ou 50 kilomètres de distance, lorsque 200 hectares peut-être atteindraient le même but, à une distance kilométrique douze fois moindre !

On s'étonne de voir le plateau bressan et la plaine du Dauphiné présentés sur la même ligne et avec une égale assurance pour l'établissement d'une grande nécropole ; comme si ces deux régions éloignées ne différaient pas fondamentalement l'une de l'autre,

eu égard à leur constitution géologique et, par suite, au point de vue de leur action décomposante.

A-t-on songé que ce projet grandiose réduirait, financièrement parlant, la plupart des familles à l'impossibilité d'accompagner leurs morts ou d'en visiter jamais la dernière demeure ? C'est à peine, en effet, si la ville de Vienne se trouverait placée à la moitié du chemin qu'il faudrait parcourir pour aborder cette brillante ville des morts.

N'y avait-il pas lieu d'examiner la question de savoir si l'établissement d'un cimetière *non unique*, mais principal, ne s'accommoderait pas mieux à la configuration topographique si accidentée et toute spéciale de notre ville?

On pourrait avec raison encore reprocher à ce mémoire l'oubli complet de l'indication des moyens d'assainissement applicables aux caveaux mortuaires, dont son auteur a dit quelque part qu'ils étaient plus dangereux que les fosses vulgaires. Cette question spéciale appelait une étude spéciale.

Nous ne nous arrêterons pas à relever quelques contradictions dont l'ensemble du mémoire fait justice, et dont la plus singulière trouve sa rectification naturelle dans l'épigraphe même de l'auteur.

Ce mémoire semble sortir de la plume d'un artiste plutôt qu'être l'œuvre d'un médecin.

Il est correct, parfaitement écrit, ne s'écartant jamais de la question, mais évitant généralement de l'approfondir. Il offre un certain mérite littéraire et se montre parfois éloquent.

S'il est défectueux par le fait de quelques omissions importantes, il intéresse dans tous les développements qu'il donne à son sujet. Les citations qu'il emprunte à ses auteurs sont bien choisies et complètent toujours à point sa propre pensée.

La zone de protection qu'il a imaginée pour sa vaste nécropole restera réduite à des proportions moindres, comme une conception heureuse et digne d'être utilisée.

Mais nous avons hâte de terminer une trop longue et trop aride analyse, et de vous faire connaître le résultat du vote des membres de votre Commission. A l'unanimité, elle a décidé qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix.

A la majorité des voix, elle accorde à l'auteur de ce mémoire une MENTION HONORABLE.

SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LYON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE.

Présidence de M. Desgranges.

Séance du 25 janvier.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand.

M. Chavanne ne reviendra pas sur les questions de physiologie pathologique qu'a étudiées M. Soulier. Il examinera la méthode au point de vue clinique. L'Administration des hôpitaux a organisé un service spécial pour le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids à l'Hôtel-Dieu, service que M. Chavanne a dirigé. Les bains étaient donnés toutes les trois heures à la température de 20°. A la fin du bain, on faisait sur la tête du malade avec de l'eau plus froide de moitié, des affusions pendant trois minutes. Le malade restait dans le bain pendant un quart d'heure, puis retournait à son lit, où il était modérément couvert, une couverture de laine seulement sur les pieds. On lui donnait alors de l'eau vineuse froide. Pour tout régime. des potages. Les bains froids n'étaient prescrits que quand la température du malade dépassait 38°5. Huit malades ont été traités de cette façon. Pendant ce temps, neuf autres malades, dont l'un avait refusé le traitement de Brand, ont été soumis au traitement ordinaire. Parmi ces derniers, deux sont morts, l'un atteint d'une fièvre typhoïde ataxique, arrivé à l'Hôtel-Dieu *in extremis*; l'autre, une femme, qui a succombé dans le second mois de la maladie, à la suite d'eschares et d'abcès. Sur les huit cas traités par la méthode de Brand, aucune mort.

Le premier cas était une fièvre typhoïde ataxique très-grave, traitée au neuvième jour. Le malade, dans le délire, se levait malgré un tremblement général. Son pouls était à 120, sa température à 40°5 ; elle s'est même élevée jusqu'à 41°. Il a pris 207 bains pendant trois semaines. Au troisième bain, tout phénomène ataxique avait disparu ; plus de tremblement, plus de soubresauts des muscles et des tendons. La langue était devenue humide, la peau avait de la moiteur. Cependant le bain n'abaissait pas la température d'un degré ; chez lui comme chez les autres malades cet abaissement ne dépassait pas quelques dixièmes de degré. La température s'est longtemps maintenue élevée chez lui parce qu'il faisait des écarts de régime ; le moindre écart l'élève en effet d'un degré. On n'a pas eu besoin de mettre des compresses d'eau froide sur le ventre, car après le bain le météorisme s'effaçait. Il y eut de l'engouement pulmonaire ; mais l'expectoration se faisait facilement au bain. Un point douloureux à la poitrine disparut par l'application de compresses froides *loco dolenti*.

Le second cas était une fièvre typhoïde à forme inflammatoire simple. Moins grave que la précédente, elle n'a nécessité que 84 bains. La tempé-

rature du malade n'a jamais été très-élevée ; il n'y a pas eu d'écarts de régime ; la guérison a été rapide.

Dans le troisième cas, la fièvre typhoïde avait la forme adynamique. Le malade, très-faible, était plongé dans la somnolence. Le pouls était mou, accéléré. Il y avait du météorisme, de la diarrhée. 108 bains ont été nécessaires. Le malade a eu des engelures aux pieds, qui se sont dépouillés d'épiderme.

Dans le quatrième cas, fièvre typhoïde à forme adynamique datant de treize jours, le malade avait un tremblement alcoolique. Il a disparu sous l'influence des bains, qui ont été seulement au nombre de 16.

Le cinquième cas concerne un jeune homme de dix-sept ans, atteint d'une fièvre typhoïde ataxique très-grave : délire, température à 41°. Le traitement a nécessité 139 bains. La température s'est maintenue longtemps très-élevée, quoiqu'il n'y ait pas eu d'écarts de régime. Dans la convalescence, on a noté des furoncles nombreux et des accès intermittents guéris par le sulfate de quinine.

Dans le sixième cas, la fièvre typhoïde, traitée au quinzième jour, offrait une forme adynamique très-accusée. 61 bains ont été donnés. On a noté des engelures ulcérées des pieds. La guérison était complète au bout d'un mois et huit jours.

Le septième cas présentait comme complication une sciatique intense, qui ne fut pas améliorée par le traitement. On le suspendit au bout de seize bains, et la sciatique fut guérie par les moyens ordinaires.

Le huitième cas concernait une femme, qui avait une fièvre typhoïde à forme ataxique. Elle prit 23 bains froids en sept jours, puis on les suspendit, la température ne s'étant pas élevée au-dessus de 38°5.

M. Chavanne insiste sur la nécessité de la précision du diagnostic. Malgré une température de 39°, la sécheresse de la peau et de la langue, même les taches rosées lenticulaires du ventre, s'il n'y a pas adynamie ou ataxie, la fièvre typhoïde n'est pas assez affirmée pour soumettre le malade au traitement de Brand. Il ne faut pas confondre avec elle la fièvre catarrhale, dans laquelle la peau est chaude mais halitueuse, et où la défervescence arrive au bout de deux ou trois jours, sauf des accès intermittents dans la convalescence, accès justiciables du sulfate de quinine.

Le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids n'a rien de spécifique, mais il régularise la marche de cette fièvre sans la hâter. La convalescence ne commence qu'au vingt-unième jour, mais cette convalescence est plus rapide. Ce traitement adoucit les symptômes pathognomoniques, surtout la chaleur, au point que les malades désirent les bains. Le pouls est régulier, perd son dicrotisme, mais non son accélération. La diarrhée persiste, mais le météorisme diminue. L'appétit se relève ; le malade a faim dès les premiers bains ; il faut le retenir dans la satifaction de ce besoin. Il dort et il faut le réveiller pour le conduire au bain.

Cette méthode écarte les complications. Mais faut-il l'employer dès le début pour les prévenir ? Non, ces complications ne sont pas foudroyantes. on peut les attendre pour y avoir recours. Elle les combat alors avantageusement. L'ataxie disparaît promptement ; le malade agité, qu'on retient au lit de force, qui délire, revient sur ce point à l'état normal. Dans la forme

adynamique. les malades ainsi traités sont piteux à voir ; mais une fois arrivés à la convalescence ils se remettent promptement. Dans le cas de forme inflammatoire, la température se maintenait toujours à 40 et 41°, sans écarts de régime; il a fallu un mois pour l'abaisser en le traitant par les bains froids. Que serait-il devenu par les moyens ordinaires de traitement?

M. Chavanne n'a observé en employant la méthode de Brand ni péritonite ni entérorrhagie. Les seules complications qu'il ait vues ont été des phlyctènes, des furoncles et un enrouement, qui a guéri tout en continuant les bains froids par des compresses d'eau froide.

M. Teissier se demande si, après les communications de MM. Soulier, Chavanne et F. Glénard, ses convictions sont assez fortes pour le porter à mettre en pratique la méthode de Brand ? Il n'oserait pas encore. Partisan de l'eau froide dans le traitement de la fièvre typhoïde, il n'est pas encore convaincu de la supériorité des bains sur les affusions et les applications d'eau froide au moyen de compresses.

Nul traitement de la fièvre typhoïde n'est spécifique, nul n'abrége sa durée. Ce traitement spécifique, Bouillaud a cru l'avoir trouvé dans les saignées répétées, Delaroque dans les purgatifs, Brauqua dans le sulfate de quinine, Petit et Serres dans le sulfure noir de mercure, d'autres dans l'alcool; autant d'illusions ! Il en sera de même de la méthode de Brand. Déjà la thèse de M. Hulot (de Strasbourg) indique qu'elle n'est pas sans inconvénients et sans échecs.

M. Teissier l'a vue appliquée en Suisse. Il se souvient du dernier malade qu'il a vu sortant du bain cyanosé, frissonnant, sans pouls, et cette méthode perturbatrice a choqué sa raison de vieux praticien. Il a demandé à M. Bermer (de Zurich) s'il sauvait tous ses malades par cette thérapeutique, et ce médecin, qui du reste n'emploie les bains froids que quand la température du malade est à 39°5, lui a dit qu'il en perdait 12,5 pour 100. Par les autres méthodes de traitement, il avouait d'ailleurs en avoir perdu 25 pour 100.

M. Soulier s'est appuyé pour vanter la méthode de Brand sur des faits cliniques et des considérations physiologiques. Certainement 55 succès sur 55 cas de fièvre typhoïde, c'est très-beau. Mais n'oublions pas la mortalité indiquée par MM. Hulot et Bermer. Puis n'acceptons les faits qu'avec réserve. Boudin avait guéri 3,000 fièvres intermittentes par l'arsenic. Nul moyen ne valait ce médicament; il a fallu pourtant le laisser pour revenir au sulfate de quinine. Dans ces derniers temps, la thoracentèse a été indiquée comme le traitement le plus efficace de la pleurésie. Cette opération était toujours innocente. Mais elle a déjà été par elle-même trois fois cause de mort, et depuis cette médication, la mortalité dans la pleurésie, de 7 pour 100 est montée à 15 pour 100. Le chloroforme, lui aussi, était un anesthésique innocent au début, et l'on sait maintenant quel est son nécrologe.

Les considérations physiologiques sur lesquelles s'est appuyé M. Soulier laissent prise à la critique. Certainement que la température est un symptôme capital dans la fièvre typhoïde ; mais il existe dans les autres pyrexies, et ce n'est pas lui qui fait la gravité de cette fièvre. C'est l'effet des combustions interstitielles, de la suroxydation des tissus ; c'est le résultat de la maladie. Celle-ci, infectieuse et contagieuse, est causée par un poison venu de

l'extérieur ou formé à l'intérieur. poison qui circule avec le sang, l'altère, intoxique le système nerveux et amène cette exaltation de la température. Adressez-vous donc d'abord à ce qui peut modifier l'intoxication. Le bain froid n'est pas la meilleure méthode. Les bains tièdes, les lotions et affusions froides peuvent aussi bien que lui modifier les troubles de l'innervation. Si vous n'avez que son abaissement en vue, pourquoi ne pas s'adresser à la digitale, à la quinine, à la vératrine, qui agiront encore mieux dans ce sens. Si vous employez le bain froid pour modifier la sensibilité (l'impression du froid est en effet sédative et calme l'ataxie), on n'a pas besoin de donner un bain toutes les trois heures. Les affusions, les lotions froides, les applications de compresses d'eau à basse température auront les mêmes avantages et ne présenteront pas les inconvénients qu'on reproche aux bains froids. D'ailleurs, parmi vos malades qui avaient 38° et même 39°5 de température, un grand nombre n'auraient-ils pas guéri par les moyens ordinaires ?

La méthode de Brand est du reste accusée de produire des entérorrhagies. Le bain froid détermine un refoulement du sang à l'intérieur. La température diminue sur la peau ; mais que devient-elle dans l'intérieur ? J'ai peine à admettre que cette méthode soit un bon moyen pour combattre les engouements pulmonaires. En tout cas il ne faut pas soumettre à ce traitement les malades atteints de maladies du cœur ou du poumon.

En résumé, ce n'est pas le procès de l'eau froide que fait M. Teissier ; loin de là, il en conseille beaucoup l'emploi dans la fièvre typhoïde, quand la température s'élève à 40°, mais sous forme de lotions, d'affusions, d'applications, moyens beaucoup plus pratiques que les bains froids toutes les trois heures. Cette médication même ne doit pas être considérée comme spécifique et ne doit pas empêcher de combattre l'ataxie et l'adynamie par les médicaments appropriés.

M. Girin considère la fièvre typhoïde comme une maladie fluxionnaire ; mais les fluxions qu'elle détermine arrivent rarement à l'inflammation. Elles se font non-seulement sur les glandes de Peyer, mais encore sur le poumon, le cerveau, les ganglions. Cette nature simplement fluxionnaire explique les guérisons spontanées et par toutes les méthodes.

La peau joue un rôle important dans cette maladie, comme le prouvent l'éruption dont elle est le siége et la desquamation qui y arrive à la fin comme dans les fièvres éruptives. Les bains froids, non-seulement lui enlèvent le calorique, mais encore, en éveillant, en régularisant ses fonctions, empêchent les mouvements fluxionnaires d'aboutir à un effet fatal. En exagérant la sécrétion profonde intestinale, ils provoquent un flux salutaire qui débarrasse l'intestin et opère le dégorgement du foie et de la rate. C'est un résultat analogue à celui qu'on obtient par les purgatifs. A défaut des bains, on doit recourir aux applications froides. Mais dans ces médications il faut tenir compte du génie épidémique, qui apporte tant de changements dans la marche de cette maladie.

M. Perrin s'élève contre l'emploi des instruments, qui ne peuvent remplacer ni la main qui perçoit les variétés de température. ni les doigts qui sentent les variations du pouls. Il met ses auditeurs en garde contre un en-

traînement exagéré en leur rappelant l'enthousiasme qui a accueilli la thérapeutique de Broussais, aujourd'hui abandonnée.

M. Rieux ajoute quelques renseignements aux intéressantes communications de MM. Soulier et Chavanne. En Angleterre, dit-il, on a recours depuis plusieurs années aux bains tièdes et aux bains froids dans le traitement des complications cérébrales du rhumatisme. Le docteur Henry Thompson a fait, il y a deux ans, à l'hôpital de Middlesex, une leçon très-remarquable sur l'importance qu'il faut attacher aux élévations de température. Il a observé que dans le rhumatisme la température ne s'élevait d'une manière notable que dans les cas graves. Quelques auteurs ont attribué les accidents cérébraux du rhumatisme à l'élévation même de la température; d'autres, et M. Thompson est de ce nombre, ont pensé que les complications cérébrales et l'élévation de la température étaient dues à un trouble profond de l'organisme.

Quoi qu'il en soit, comme cette élévation de température longtemps maintenue deviendrait incompatible avec la vie, on doit chercher à soustraire à l'économie le calorique en excès. C'est dans ce but que l'on emploie les bains tièdes ou froids ; mais, il faut bien le dire, la méthode anglaise diffère sensiblement de la méthode allemande. Tandis que Brand fait administrer régulièrement, de trois en trois heures, des bains à 20°, M. Wilson Fox, dont le procédé est généralement accepté en Angleterre, donne d'abord des bains à 32°, puis descend successivement à 30, à 22, et même au-dessous. Il les prescrit toutes les fois que la température du corps a de la tendance à s'élever au-delà de 41°1, et il commence à les ordonner à 39°2, mais rarement au-dessous, de peur que la réaction ne puisse se faire. M. Thompson, par cette méthode, qu'il recommande vivement à ses confrères, a obtenu de beaux succès. C'est en agissant ainsi qu'il a pu ramener à la vie le jeune malade qui faisait l'objet de sa leçon, et qui était atteint, à la suite d'un rhumatisme articulaire, de complications cérébrales tellement graves, que ses collègues l'avaient condamné.

Ces détails viennent donc confirmer l'heureuse efficacité du traitement par les bains tièdes ou froids des maladies à haute température.

En résumé, tout en partageant les réserves très-judicieuses de M. Teissier relatives à la cause de l'élévation de température et à la difficulté pratique qu'offre l'administration des bains froids dans la clientèle civile, M. Rieux croit que la méthode de Brand, qui ne donnera certainement pas toujours une statistique aussi heureuse que celle annoncée par M. Soulier, est néanmoins destinée à produire de bons résultats dans les cas graves de fièvre typhoïde.

M. Alix. Nos honorés confrères, MM. Teissier et Girin, avec leur parole autorisée, ont exprimé les remarques que je me proposais de faire à l'occasion de la méthode de Brand. Je suis convaincu de la bonté de cette méthode dans certains cas ; je ne fais que des observations de détail, et surtout à propos de la statistique si belle que nous a donnée notre distingué confrère M. Soulier. Je me permets, pour mettre en garde contre les conclusions hâtives de la statistique, de dire ce qui s'est passé dans mon service à l'hôpital militaire de Lyon, de novembre 1872 à janvier 1873 inclus. Pendant

ce temps, j'ai reçu 73 fièvres typhoïdes (je pourrais augmenter ce chiffre pour le mois dernier, c'est inutile). Ce nombre 73 peut se décomposer en deux chiffres, 35 et 38. Trente-cinq affections typhoïdes ont été reçues pendant onze mois, et pas un seul décès dans ce nombre. Succès très-remarquable. Mais pour les trois mois (août, septembre, octobre) j'ai reçu 38 fièvres typhoïdes, et sur ce nombre 14 décès. Proportion peu favorable.

Pourquoi cette différence, car le traitement a toujours été le même. C'est que nous avions une épidémie de fièvre typhoïde. Chacun sait que les militaires sont gravement et facilement atteints. La caserne de la Part-Dieu a donné une forte proportion de maladies graves.

Ces différences dans la mortalité montrent assez que la statistique représente souvent et surtout la constitution médicale, non la valeur du traitement. Dans tous les cas, j'ai employé la même médication, pour obéir à la même préoccupation qui inspire la méthode de Brand, diminuer la chaleur; seulement je me sers de la digitale au lieu de l'eau froide.

M. Teissier raconte ce qu'il a appris des médecins suisses et allemands. A Amélie-les-Bains, j'avais dans mon service beaucoup de malades revenus des prisons de Prusse; ces militaires m'affirmaient que beaucoup de leurs camarades traités par l'eau froide mouraient à Stettin. Je n'attache pas une valeur scientifique à ce renseignement, qui n'inculpe pas la méthode; je pensais que peut-être à Stettin on faisait de l'hydrothérapie, on traitait toutes les maladies par l'eau froide, même les pneumonies, comme faisait Priestniz. Moi-même j'ai employé l'hydrothérapie contre les fièvres typhoïdes, surtout contre les symptômes abdominaux, cela d'après les exemples de Scoutetten, qui, en 1842, introduisait en France les doctrines de Priestniz. J'ai renoncé à ce traitement comme délicat à appliquer et d'une surveillance difficile. Il faut un hôpital bien outillé, comme paraît l'être l'établissement dirigé par nos confrères.

Je finirai par une dernière remarque. On a parlé des effets du traitement par l'eau froide sur les accidents cérébraux et pectoraux, on a négligé de parler du signe pathognomonique : l'éruption intestinale. La méthode peut-elle prétendre modifier l'évolution des glandes et des follicules ? Peut-elle empêcher l'ulcération intestinale ? circonstance qui se présente surtout dans les maladies graves; j'ai perdu trois malades sur quatorze par la péritonite consécutive. Comme la variole, l'éruption a une marche inévitable dépendant de sa gravité occasionnelle.

Donc il est naturel de penser que cette méthode doit être considérée comme utile et peu nuisible, mais qu'il faut pour avoir une opinion définitive attendre une statistique basée sur des faits plus nombreux et des constitutions médicales différentes. Car tout porte à croire que les malades soumis aux observations de nos confrères ont, malgré certaines apparences, été tous atteints de maladies typhoïdes de gravité moyenne ou légère, comme j'en ai donné l'exemple en indiquant le mouvement de ces maladies dans mon service pendant l'année 1873.

Le secrétaire adjoint, Achille DRON.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES.

Présidence de M. Laroyenne.

Comptes-rendus des séances de décembre 1873.

Suite de la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

M. Laure fait part des résultats qu'il a obtenus du traitement de la fièvre typhoïde par les bains tièdes, dans une épidémie qui a sévi à l'hôpital de la Croix-Rousse au mois d'août dernier.

M. Laure a eu un cas de mort sur dix malades soumis au traitement hydrothérapique dans son service. Partie de ses malades étaient atteints de fièvres typhoïdes relativement bénignes, 6 de fièvres ataxo-adynamiques graves. M. Laure emploie le bain tiède à 30 degrés, qu'il laisse graduellement reroidir jusqu'à 25 degrés. Le bain a été renouvelé deux fois, rarement trois ois dans les vingt-quatre heures. Le bain tiède lui paraît préférable : • Parce qu'il est mieux supporté ; 2° parce qu'il expose le malade à moins de danger ; 3° parce que l'expérience lui a démontré qu'une différence de 7 degrés centigrades entre la température du sang et celle du bain suffit pour produire chez le malade une réfrigération d'un degré, qui persiste encore une heure après l'immersion.

Toutefois, M. Laure ne rejette pas l'emploi des bains froids et des affusions glacées, qu'il réserve pour les accidents cérébraux graves et les températures extrêmes. Bien que son procédé diffère en quelques points de la méthode de Brand, notre confrère a vérifié à peu près toutes les assertions de l'auteur allemand à l'égard de l'heureuse influence de l'hydrothérapie sur la marche et les diverses complications de la fièvre typhoïde.

M. Laure ne partage pas les idées de Brand au sujet de l'usage prolongé des bains jusqu'à ce que la température ne dépasse pas 38°

A une certaine période de la maladie, il croit prudent de suspendre l'usage des bains, dans le cas où des symptômes généraux graves persistent, alors que la température s'abaisse relativement. Cette coïncidence est d'un pronostic presque toujours fatal, c'est à ce moment que surviennent les morts par syncope ou autres accidents nerveux, tels que contractures, spasmes cloniques, etc.

Il est donc tout naturel d'éviter au malade des déplacements, des mouvements réitérés qui peuvent déterminer les accidents redoutables dont il vient d'être fait mention. Il ne faut pas oublier d'autre part que la température n'est pas le seul danger, la seule cause des lésions. M. Vallin, professeur au Val-de-Grâce, vient de publier des observations de fièvres typhoïdes avec autopsies dans lesquelles on a constaté les lésions musculaires signalées dans la fièvre typhoïde, sans que pendant la vie la température ait jamais dépassé 38°.

La péritonite et la perforation intestinale sont des contre-indications qui

s'imposent d'elles-mêmes, mais rien ne s'oppose à ce qu'on combatte ces accidents au moyen d'affusions froides ou glacées locales, ainsi que le conseille Brand. Une bronchite chronique, une phthisie pulmonaire préexistant à la maladie actuelle, les bronchites et congestions pulmonaires qui accompagnent ordinairement la fièvre typhoïde ne sont pas des contre-indications de l'hydrothérapie, pas plus que la menstruation et les épistaxis utérines.

Ainsi que l'a fait Brand, on peut appliquer le traitement par les bains, alors que le diagnostic même est douteux entre une granulie et une dothiénentérie au début.

Par contre, la pleurésie, la pneumonie aiguë, l'emphysème caractérisé, les lésions cardiaques sont des contre-indications formelles à l'emploi de l'hydrothérapie.

En résumé, un très-grand nombre de médecins français, anglais ou allemands emploient les bains à des degrés de température très-variables et obtiennent néanmoins d'excellents résultats de cette méthode.

Pour tout observateur qui voudra bien se placer entre les limites extrêmes de l'enthousiasme et de la prévention, il ressort clairement de ces expériences, de ces différentes observations : 1° que toutes ces différentes méthodes peuvent se résumer en une seule : l'immersion répétée des typhiques dans un bain dont la température est de quelques degrés inférieure à celle du sang.

2° Que cette méthode réfrigérante est non-seulement innocente, mais encore peut rendre de vrais services dans le traitement de la fièvre typhoïde.

M. Français. J'ai eu l'occasion cet été de traiter un certain nombre de fièvres typhoïdes dans mon service de l'hôpital de la Croix-Rousse; ce sont les résultats que j'ai obtenus que je viens communiquer à la Société.

Au commencement de l'été, alors que nous n'étions pas encore organisés pour appliquer la méthode de Brand dans toute sa rigueur, j'ai commencé par employer les bains tièdes graduellement rafraîchis. Mon essai n'a pas été heureux : j'ai employé deux fois les bains tièdes, et j'ai eu deux morts. Il est vrai qu'il s'agissait de deux cas extrêmement graves ; aussi je ne veux pas avec ces deux cas seulement faire le procès des bains tièdes. Je les crois bons, mais ils ne me paraissent pas amener chez les malades une réfrigération suffisante ; dans l'un des cas que je viens de citer, il s'agissait d'une forme adynamique avec une temperature excessive oscillant entre 40°5 et 42°. Je n'ai eu la malade entre les mains qu'au quinzième jour de la pyrexie; elle est morte le vingt-unième, après trois jours de traitement par les bains tièdes; elle est morte uniquement de l'intensité de la fièvre et de la trop haute température. Les bains tièdes, appliqués à une époque tardive, ont été insuffisants. Je ne sais pas ce qu'auraient fait les bains froids à cette même époque, mais j'ai tout lieu de croire que la méthode de Brand appliquée dès le début aurait donné de grandes chances de guérison.

J'ai en effet appliqué cinq fois la méthode de Brand et j'ai obtenu cinq succès ; dans un sixième cas, le traitement par les bains froids n'a pas pu être continué, il s'agissait d'un homme atteint d'une lésion thoracique an-

cienne, qui m'a paru être une contre-indication des bains froids. Je reviendrai plus tard sur cette observation.

Dans les cinq cas où j'ai appliqué la méthode Brand dans toute sa rigueur (huit bains d'un quart d'heure chacun à 20° dans les vingt-quatre heures), je n'ai jamais eu d'accidents ou de complications. Deux de mes malades avaient des localisations thoraciques dépendant de la fièvre typhoïde ; l'un d'eux notamment avait une bronchite généralisée avec une toux opiniâtre, une certaine dyspnée et des râles muqueux disséminés dans les deux poumons. Dès les premiers jours du traitement, la bronchite a diminué ; elle avait complètement disparu avant la fin de la fièvre typhoïde.

Les malaises dont j'ai parlé plus haut, et qui m'ont paru être un effet des bains, consistent en des douleurs rhumatoïdes des pieds, que j'ai observées trois fois sur cinq. Dans un cas, j'ai vu survenir un œdème douloureux des pieds. J'ai fait frictionner avec du baume de Fioraventi, et on a continué les bains. Les douleurs ont persisté quelques jours encore pendant la convalescence, après la cessation du traitement.

J'ai dit tout à l'heure que j'avais été obligé, dans un cas de fièvre typhoïde chez un sujet atteint d'une lésion thoracique ancienne, de suspendre le traitement par les bains froids. Je reviens sur cette observation, parce que ces cas de lésions thoraciques antérieures à la fièvre typhoïde me paraissent jusqu'à présent être une contre-indication formelle des bains froids. Mon malade était un infirmier de l'hôpital, âgé de cinquante-quatre ans, atteint d'une bronchite chronique avec un emphysème ancien des deux poumons. Il avait contracté la dothiénentérie dans l'exercice de ses fonctions, en faisant prendre des bains froids aux typhiques de l'hôpital. C'était un homme très-docile et très-confiant dans la méthode de Brand, il se croyait parfaitement sûr de guérir en prenant lui-même des bains froids, comme il en avait fait prendre pendant plusieurs mois aux malades de nos salles. Malgré sa docilité et sa confiance, nous n'avons pas pu poursuivre le traitement : il survenait dans le bain des quintes de toux et des accès d'oppression tellement violents qu'il nous a suppliés de suspendre les bains. Nous avons pensé alors qu'en diminuant la durée du bain et en le chauffant un peu le traitement serait mieux toléré ; nous avons mis les bains à 25° et de dix minutes au lieu d'un quart d'heure : les mêmes accidents se sont présentés. Il a fallu suspendre complètement les bains. La dothiénentérie a duré près de quarante jours ; le malade est aujourd'hui guéri.

En résumé, je n'ai jamais eu d'accidents avec la méthode de Brand ; sur cinq cas j'ai obtenu cinq succès. Je ne songe nullement à juger la méthode avec si peu d'observations. Je sais qu'on s'est enthousiasmé pour plusieurs autres méthodes de traitement de la fièvre typhoïde, qui avaient d'abord donné de brillants succès ; mais plus tard sont arrivées les mauvaises séries. Attendons encore quelques années, si nous avons encore quelques séries aussi favorables que celles de cet été à l'hôpital de la Croix-Rousse, on pourra dire que la thérapeutique possède un moyen très-puissant de guérir la fièvre typhoïde.

Cependant on peut dès aujourd'hui poser une conclusion certaine, c'est que les bains froids sont inoffensifs, ils n'occasionnent jamais d'accidents, même dans les cas de bronchite ou de broncho-pneumonie hypostatique sur-

venant dans le cours de la fièvre typhoïde. C'est un traitement dont on n'a rien à redouter.

M. Soulier a employé la méthode de Brand, et, comme tous les médecins qui s'en sont servis, il n'a eu qu'à s'en féliciter. Il remarque que les praticiens qui n'y ont pas eu recours sont les seuls à attaquer cette méthode. Il croit que la chaleur dans la fièvre typhoïde est le phénomène dominant. C'est elle qui cause l'état typhique et, bien plus, qui déterminerait la dégénérescence musculaire et le processus ulcératif de l'intestin. D'après cela, l'indication capitale dans la dothiénentérie serait donc d'abaisser la température. Or, comment admettre avec M. Laure qu'un bain à 25 ou 30 degrés refroidit autant qu'un bain à 20 degrés? Il s'agit donc uniquement de savoir si ce bain à 20 degrés peut être nuisible. Or, tous ceux qui se sont servis de la méthode de Brand ne signalent pas d'accidents. M. Laure a cependant insisté sur un cas observé à l'hôpital de la Croix-Rousse, où la syncope serait survenue dans le bain froid. M. Laure admet que, dans ce cas comme dans celui qu'il a observé à Besançon, la syncope est due à l'état graisseux du cœur. M. Soulier reconnaît cette cause de syncope; mais il attribue, comme le fait la majorité des auteurs, cette dégénérescence graisseuse à l'excès de température. De sorte que ce fait, loin d'être contraire à la méthode de Brand, ne peut être qu'une indication de plus de l'appliquer dès le premier jour de la fièvre typhoïde.

M. Dupuy a également employé l'eau froide contre la fièvre typhoïde, mais il n'a pas eu recours, dans la majorité des cas, à la méthode de Brand ; il s'est servi de fomentations froides répétées toutes les cinq ou six minutes. Il a soigné de la sorte un certain nombre de typhiques ; mais il ne veut faire entrer en ligne de compte que les sept cas les plus graves de sa pratique.

Ces sept malades ont tous présenté pendant la période d'acmé de la fièvre typhoïde une température de 40° à 41°. Sur ces sept malades, il a eu cinq guérisons et deux morts. Dans six cas il s'est servi de fomentations seulement ; sur ces six cas, deux sont morts. Le septième malade présentait une température au-dessus de 40°. Les fomentations froides ayant été impuissantes pour refroidir la température, il a employé les bains froids d'après la méthode de Brand. Il y a eu une défervescence, de sorte que la température a oscillé entre 38°5 et 39° ; la guérison, du reste, a été complète le vingtième jour.

M. Dupuy revient aux deux décès qu'il a eus malgré les fomentations.

Dans un cas il s'agissait d'une sœur de l'hôpital Sainte-Eugénie, qui avait une fièvre typhoïde grave. Cette malade était bien soignée pendant la journée par une sœur qui faisait régulièrement les fomentations. Mais la nuit les personnes chargées de ce service s'en acquittaient fort mal. C'est à ce manque de soins que M. Dupuy attribue la mort, qui eut lieu le vingt-huitième ou le trentième jour de la maladie.

Le deuxième malade qui a succombé est un jeune homme de vingt ans, qui habitait la commune de Vourles, où s'étaient déclarés déjà dix à douze cas de dothiénentérie. C'était, d'après l'avis du médecin de la commune, le

cas le plus grave. On lui fit des fomentations, et M. Dupuy ne le vit plus à partir du vingt-deuxième jour. A ce moment, l'état général était parfait et la température oscillait entre 39° et 39°4. Quinze jours après, c'est-à-dire le trente-septième jour, le malade mourut d'une complication non indiquée. Mais il faut dire que le traitement par l'eau froide avait été interrompu.

M. Dupuy n'a observé qu'un accident léger qu'on puisse imputer aux bains froids, c'est une pleurodynie qui a duré pendant deux ou trois jours.

M. Bianchi fait remarquer que depuis quinze à vingt ans on a employé l'eau froide sous différentes formes, soit en lavements froids, affusions froides, compresses glacées, etc. Toutes ces méthodes ont revendiqué des succès, mais ce n'est pas avec elles qu'on peut juger la méthode de Brand, qui présente une statistique exceptionnellement favorable. Il faut donc, pour contrôler et discuter les résultats de cet auteur, se mettre dans les mêmes conditions que lui, conditions qui sont fort détaillées dans le mémoire de M. Glénard.

M. Laure. Je ferai observer à M. Français qu'il est impossible de juger l'influence des bains tièdes d'après deux cas isolés. Quant à M. Soulier, il me prend dans son enthousiasme pour un adversaire de la méthode de Brand; loin de là, j'emploie le bain tiède uniquement parce qu'il est mieux supporté, parce que le bain tiède expose le malade à moins de dangers, enfin parce que l'expérience m'a démontré qu'une différence de sept degrés entre la température du sang et l'eau du bain suffit pour déterminer dans la température du malade un abaissement aussi considérable que celui qui suit le bain froid. Cet abaissement persiste également une heure après le bain, comme dans la méthode de Brand.

Ce n'est pas une méthode nouvelle que j'ai la prétention d'importer, encore moins une méthode à moi, je me borne à suivre modestement l'exemple de Schutzenberger. Pour moi, il n'y a qu'une méthode, qu'un principe : la réfrigération, dont chacun doit savoir tirer parti de telle ou telle façon, suivant les circonstances. Je suis si peu ennemi de l'eau froide et des idées de Brand que j'ai même employé la glace sur une de mes malades dans le but de conjurer une complication cérébrale.

M. Soulier croit devoir rejeter absolument le bain tiède, parce que le malade se refroidira d'autant plus vite que la température du bain sera plus abaissée. Pour mon enthousiaste confrère, le problème ainsi posé est des plus simples : étant donné un malade chaud, il s'agit de le refroidir.

Mais M. Soulier arriverait encore plus vite à son but en faisant séjourner le malade dans un mélange réfrigérant. Après un séjour de deux ou trois heures dans la glace, le typhique serait certainement refroidi.

M. Soulier néglige deux termes importants dans les données du problème, le malade n'est point assimilable à une matière inerte. Il faut tenir compte de son bien-être, qui est souvent compatible avec le traitement employé, et surtout des dangers auxquels peut l'exposer une réfrigération trop considérable et trop souvent répétée.

M. Soulier nous dit encore qu'il faut *refroidir*, parce que les lésions musculaires sont uniquement le résultat de l'excès de température. Je ferai

observer à M. Soulier ce que j'ai déjà dit tout à l'heure, que souvent le malade ne mourait pas au moment des températures les plus élevées, et que la dégénérescence du muscle cardiaque ou autre pouvait reconnaître une cause autre que l'élévation de la température. Dans le numéro de novembre des *Archives de médecine*, M. Vallin, professeur au Val-de-Grâce, signale des cas de fièvre typhoïde où l'on a trouvé à l'autopsie et au microscope la dégénération des fibres du cœur, alors que pendant la maladie la température n'avait jamais dépassé 38°

Le secrétaire annuel : P. COLRAT.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE MÉDICALE.

De l'ascite huileuse, par le docteur BERGERET, de Saint-Etienne. — Dans quelques cas, les matières grasses contenues dans le liquide de l'ascite sont assez abondantes pour lui donner un aspect lactescent. Marshall Hugues rapporte un fait de ce genre auquel il est fait allusion dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (article ASCITE). C'est un cas de ce genre que M. Bergeret a observé.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-sept ans, atteinte d'engorgements ganglionnaires scrofuleux et suppurés depuis l'âge de treize ans, à la suite d'une fièvre typhoïde. Sous l'influence de l'huile de foie de morue, ces suppurations se tarirent ; mais il se développa une ascite qui résista aux moyens médicaux. La paracentèse devint urgente et elle fut pratiquée le 10 septembre 1873.

Le liquide qui s'écoula était blanc comme du lait, avec léger reflet bleuâtre ; il était neutre et avait 1007 pour densité. Au microscope, on y constatait la présence d'une très grande quantité de gouttelettes huileuses, sans aucun élément figuré. L'analyse chimique y démontra de l'albumine en assez grande quantité.

Le 11 octobre, l'ascite s'étant reproduite, une seconde ponction fut faite et donna un liquide semblable au premier, c'est-à-dire blanc laiteux, neutre et d'une densité de 1007,40. Le microscope y démontra de la graisse, mais sous forme de petites granulations réfringentes sans grosses gouttes d'huile.

A l'analyse chimique, on trouva : 1° des matières grasses, 16 gr. 70 par litre ; 2° de l'albumine en assez grande quantité ; 3° beaucoup de chlorures ; 4° un peu de sulfates ; 5° des phosphates douteux.

La jeune malade de M. Bergeret porte aux sommets des poumons des lésions tuberculeuses en voie de ramollissement. Elle

est encore vivante. (*Journ. d'anat. et de phys. de Robin*, novembre et décembre 1873.)

Possibilité de la guérison de la phthisie pulmonaire, par le docteur Massini. — L'auteur, après avoir rapidement exposé les théories qui se sont succédé sur la phthisie pulmonaire depuis Laennec, se rallie aux vues allemandes et établit une distinction fondamentale entre la phthisie caséeuse et la tuberculisation vraie ou granuleuse ; puis, il cherche à asseoir le pronostic dans chacune de ces affections.

La tuberculose miliaire est plus rare que la phthisie caséeuse ; les statistiques sont trop peu nombreuses pour que nous puissions aujourd'hui apprécier en toute connaissance de cause le rapport de fréquence qui existe entre ces deux affections ; cependant si l'on s'en tient aux recherches de Buhl, de Bollinger, de Slaviansky, de Ænfrecht, etc. On peut dire que la phthisie pure est représentée par 64,1 et la tuberculose miliaire par 35,9 pour 100 des morts, c'est-à-dire que les deux tiers des phthisies seraient caséeuses, un tiers seulement étant tuberculeuses

Suivant l'auteur, la possibilité de la guérison de la tuberculose miliaire n'est pas encore prouvée par la clinique ; mais quelques faits tendent à faire admettre cette issue favorable, au moins théoriquement.

En effet, on voit quelquefois de petits nodules s'arrêter dans leur developpement pour subir la métamorphose caséeuse et disparaître par résorption. D'un autre côté, Empis et Valdenburg ont vu des animaux inoculés avec du pus ou de la matière caséeuse se rétablir après avoir maigri considérablement, et présenter à l'autopsie de petits nodules entourés d'une auréole pigmentée, et comme enkystés par elle. Mais, encore une fois, de pareils faits de guérison demanderaient, suivant l'auteur, à être confirmés par la clinique.

Quant à l'inflammation caséeuse, à la phthisie simple non tuberculeuse, tout le monde s'accorde à dire qu'elle est curable ; la fréquence des cicatrices trouvées dans les poumons par Laennec, Cruveilhier, Rogée, Boudet, Beau, etc., le démontre suffisamment. On peut dire en général que ces phthisies guérissent d'autant mieux qu'elles ont une marche plus lente, qu'elles s'accompagnent de moins de fièvre, enfin que les lésions sont moins étendues.

Sur 361 phthisiques observés à l'hôpital de Basilea, 263 avaient une augmentation plus ou moins marquée de la température ; ils donnèrent 131 morts (49 pour 100) ; 98 étaient apyrétiques ; 3 seulement moururent (3,1 pour 100).

Sur 142 phthisiques fébricitants, 81 perdirent chacun en moyenne neuf livres de leur poids, 50 perdirent six livres environ chacun et 11 conservèrent à peu près leur poids normal.

Sur 66 phthisiques sans fièvre, 53 gagnèrent plus de cinq livres pendant leur séjour à l'hôpital; 9 restèrent stationnaires et 4 perdirent environ une livre de leur poids.

La phthisie, ou au moins la prédisposition à cette affection, est sans doute héréditaire, mais sans doute aussi elle peut s'acquérir; elle proviendrait, d'après l'auteur, surtout de la scrofule du jeune âge, des suppurations prolongées, principalement des suppurations osseuses (Menzel, Billroth); enfin, de maladies graves antérieures. Parmi ces dernières, l'auteur cite d'une manière particulière le typhus abdominal, au moins pour les villes de Basilea et de Monaco.

M. Massini est de ceux qui croient à la transmissibilité de la tuberculose des animaux à l'homme par l'intermédiaire du lait provenant de vaches tuberculeuses.

De ce qui précède, on peut déduire que, dans la phthisie caséeuse, la principale indication est d'éteindre la fièvre quand elle existe. (*L'Imparziale*, 2 février 1874.)

De la coqueluche comme cause de carie vertébrale, par le docteur Lee, de Philadelphie. — L'auteur a observé un certain nombre de cas dans lesquels des déformations très-prononcées de la colonne vertébrale sont survenues à la suite de coqueluches graves chez des enfants sains d'ailleurs et exempts de tout vice scrofuleux ou tuberculeux soit acquis, soit héréditaire. Il est persuadé que la coqueluche a eu, dans ces cas, un rôle étiologique considérable. Sous l'influence des quintes de toux violentes et répétées, les disques intervertébraux seraient soumis à des compressions ou des tiraillements incessants et finiraient par s'enflammer, et cette inflammation aboutirait bientôt à la carie du corps des vertèbres et à la difformité spinale. L'empoisonnement du sang par l'agent morbide, ou son appauvrissement par suite des vomissements réitérés qui caractérisent la coqueluche, agiraient comme causes adjuvantes en mettant les petits malades dans un état constitutionnel fâcheux.

Dans les faits que M. Lee a observés, la déviation de la colonne vertébrale affectait une forme particulière : elle était latérale, et la courbure n'était pas arrondie, mais brusque et angulaire. Un côté de la poitrine était affaissé et le membre inférieur du côté opposé était relevé et paraissait trop court. L'auteur éprouve une grande difficulté pour expliquer cette espèce de difformité; il admet qu'un certain degré d'induration pulmonaire d'un côté a pu produire l'affaissement de la poitrine de ce même côté, et il pense que, dans quelques cas, la contraction des muscles expirateurs s'est peut-être fait sentir davantage d'un côté que de l'autre pendant les quintes de toux, et a contribué ainsi à incurver la colonne de ce côté plus que de l'autre.

Quoi qu'il en soit de l'explication, si le fait est confirmé par de

nouvelles observations, il serait important, dans les coqueluches graves, de soutenir la colonne vertébrale au moyen de quelques supports pour éviter les tiraillements auxquels elle est soumise pendant les quintes souvent si violentes qui caractérisent la maladie; on ne ferait, du reste, qu'imiter ce que font instinctivement les petits malades quand, au début des accès, ils cherchent à immobiliser leur thorax en se cramponnant aux objets environnants.

Plusieurs observations accompagnent le travail intéressant de M. Lee. (*Cincinnati med. news.*, novembre 1873, et *The Practitioner*, février 1874.)

Recherches statistiques sur l'intussusception, par le docteur P. Lichtenstern, de Tübingen.— L'auteur a réuni 593 cas d'invagination intestinale, et, de la comparaison de ce nombre considérable de faits, il tire les conclusions suivantes (*Med. chir. Rundschau*, janvier 1874.)

Suivant les âges. L'intussusception inflammatoire survient plus souvent chez les hommes que chez les femmes, dans la proportion de 1,8 à 1,0. Elle est plus fréquente dans la première année de la vie (131 cas), six fois moins fréquente dans la troisième, la quatrième et la cinquième année (10 cas pour chacune de ces années). La fréquence diminue rapidement la sixième année et se maintient à peu près stationnaire jusqu'à la quarantième année; puis elle augmente, et cette augmentation se fait surtout à partir de la cinquantième année. Au-dessous de trois mois, l'intussusception est très-rare; elle est plus fréquente entre le quatrième et le sixième mois.

Suivant le siége. L'intussusception iléo-cæcale est la forme la plus fréquente; puis viennent par ordre de fréquence les invaginations de l'intestin grêle, celles du colon et les invaginations iléo-coliques. L'intussusception iléo-cæcale prédomine dans la jeunesse jusqu'à la dixième année; elle est fréquente surtout dans la première année de la vie et diminue de fréquence avec l'âge. Celle de l'intestin grêle est très-rare dans la première année, mais ensuite elle augmente de fréquence, surtout après la cinquième année. Chez les adultes, cette forme est plus commune que l'invagination iléo-cæcale. L'invagination du colon est plus fréquente chez les enfants que chez les adultes, mais elle est plus rare dans la première année qu'entre la deuxième et la dixième. Le siége le plus fréquent de l'invagination primitive de l'intestin grêle est la partie la plus inférieure de l'iléon; le siége le plus fréquent de l'invagination du colon est la partie inférieure du colon descendant ou l'S iliaque. Dans l'invagination iléo-cæcale, la proportion du sexe masculin au sexe féminin est de 2,3 à 1; elle est de 1,9 à 1 dans l'invagination de l'iléon; de 1,7 à 1 dans l'iléo-colique et de 1,5 à 1 dans l'invagination du colon.

Suivant l'étendue et la grosseur de l'invagination. — Chez l'adulte, l'invagination de l'iléon est la plus étendue, les formes iléo-cæcales et coliques viennent immédiatement après. L'invagination de l'iléon dans le cæcum par la valvule iléo-cæcale est, en général, de très-petite étendue. Dans la première enfance, la portion de l'intestin invaginée s'accroît plus rapidement et atteint une longueur relativement plus grande que chez l'adulte. D'un autre côté, l'intussusception iléo-cæcale s'accroît plus lentement et diffère beaucoup sous ce rapport de l'invagination de l'iléon, dont l'accroissement est très-rapide.

Suivant la direction. L'invagination ascendante ou rétrograde est très-rare; on la trouve dans l'intestin grêle aussi bien que dans le gros intestin.

Suivant le nombre. Les invaginations multiples sont rares; cependant on connaît des cas de double et, plus rarement, de triple invagination, formant des tumeurs de cinq ou sept feuillets d'intestin. Jusqu'à présent, ces invaginations n'ont été rencontrées que dans le gros intestin et, un seul cas excepté, dans des intussusceptions iléo-cæcales primitives; on ne les a jamais vues dans l'intestin grêle.

Suivant la structure. Les intussusceptions latérales ou partielles sont rares; elles sont habituellement le résultat d'un polype des parois intestinales qui a entraîné ces parois dans la lumière du canal, de manière à former une sorte de poche latérale qui, peu à peu, s'agrandit et devient centrale (*The British med. journ.*, 14 février 1874.)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des affections internes par l'introduction de grandes quantités de liquide dans le gros intestin, par le docteur Mosler. — Gustave Simon a démontré que l'on pouvait sans danger pousser dans le gros intestin de grandes quantités d'eau et pénétrer jusque vers le cæcum sans produire d'accident ; il a mis ce fait en lumière sur deux malades qui avaient des fistules fécales dans la région inguinale droite et chez lesquels de l'eau injectée par le fondement apparaissait au bout de cinq minutes vers l'ouverture de la fistule.

On peut arriver au même résultat sans injecter le liquide sous de fortes pressions, mais en se servant simplement d'un entonnoir, terminé par un long tube de caoutchouc, muni à son extrémité d'un bout olivaire. Alfred Hegar a montré qu'il suffit d'introduire ce bout dans l'anus et de remplir l'entonnoir d'eau pour voir celle-ci pénétrer dans le gros intestin et le remplir par son propre poids, pourvu que l'on ait soin de tenir l'entonnoir élevé de quelques pieds au-dessus du malade. Le patient peut, pendant cette opération, se tenir debout ou couché sur le dos ;

mais la meilleure position consiste à se tenir sur les coudes et sur les genoux, de façon à ce que l'anus soit élevé; quelques mouvements de latéralité peuvent favoriser encore l'entrée du liquide. De cette manière, de cinq à neuf pintes d'eau peuvent facilement pénétrer dans le gros intestin sans que l'anus en perde une goutte. Pour prévenir une trop brusque dilatation de l'intestin, on peut de temps à autre interrompre le courant en comprimant le tube entre les doigts.

Mosler a fait plusieurs expériences avec cet appareil pour en constater les effets. Maintes fois, par exemple, il a vu que la sonorité de la région inguinale droite faisait place à une matité bien prononcée après l'injection. Les expériences faites sur le cadavre et sur des animaux ont montré aussi que le liquide pénètre jusqu'au cæcum. Enfin, on a pu s'assurer directement du fait chez un homme qui portait une fistule cæcale par laquelle l'introduction du doigt permettait de sentir la valvule iléo-cæcale; le malade étant couché sur le dos et l'entonnoir étant placé à deux pieds au-dessus de l'anus, l'eau parut au bout de deux minutes à l'ouverture de la fistule.

Mosler pense que ce mode de lavement à grande eau peut être employé dans les cas suivants :

1° Dans les différentes formes d'obstruction intestinale, principalement dans l'obstruction par accumulation fécale.

2° Dans les cas de hernie interne, surtout dans la hernie diaphragmatique et dans la hernie rétro-péritonéale, peut être même dans les hernies de toute espèce. Une forte dilatation de l'intestin doit en effet, dans ces cas, exercer un effort de dedans en dehors sur la hernie et en faciliter ainsi la réduction. Il est évident, du reste, que ce n'est que dans les premiers jours que ce mode de traitement peut être employé, c'est-à-dire avant que l'intestin ait été affaibli et rendu friable.

3° Dans beaucoup de maladies du gros intestin et en particulier dans la dyssenterie. La méthode peut avoir dans ce cas un double résultat : d'abord celui de débarrasser l'intestin de débris irritants, et ensuite celui de permettre l'action topique de liquides astringents et désinfectants.

4° Dans différentes formes d'ictère, surtout dans l'ictère catarrhal et dans la cholélithiase. En effet, suivant les recherches récentes, on sait que des injections d'eau dans le canal intestinal augmentent la sécrétion de la bile; celle-ci, de visqueuse et épaisse, devient aqueuse et fluide et tend à entraîner en s'écoulant les bouchons muqueux accumulés dans les canaux biliaires, et même peut-être aussi les calculs engagés dans ces conduits.

5° Dans certains cas d'helmintiase. En effet, il arrive souvent que le tænia, chassé de l'intestin grêle par un tænifuge, parvient à s'accrocher au colon et échappe ainsi à l'action du médicament. Plusieurs litres d'eau tiède mélangée de lait, injectés alors dans



le gros intestin, empêchent cet accident de se produire. Pour l'oxyure vermiculaire dont l'*habitat* est non-seulement le rectum, mais toute l'étendue du gros intestin, l'avantage de l'injection est de toute évidence. (*Berliner Wochenschrift* et *The Clinic*, janv. 1874.)

Emploi du bromure de potassium dans la blennorrhagie, par le docteur John-W. Bligh. — L'auteur administre ce médicament en même temps à l'intérieur et topiquement en injection. A l'intérieur il le combine avec des alcalins pour éviter l'action acidifiante qu'il a sur les urines et qu'il est bon d'éviter ici. Voici la formule qu'il conseille :

Carbonate de potasse....	3 grammes.
Bromure de potassium...	4 à 6 gr.
Teinture de jusquiame...	2 grammes.
Eau camphrée..........	150 gr.

A prendre un sixième trois fois par jour, et un autre sixième pendant la nuit si le malade ne dort pas.

En injection, M. Bligh emploie habituellement cette formule :

Bromure de potassinm.	6 grammes.
Glycérine...........	10 —
Eau distillée.........	150 —

Pour une injection toutes les quatre heures.

Les heureux effets de ce traitement étaient faciles à prévoir. En effet le bromure de potassium diminue, on le sait, les sécrétions des muqueuses; c'est un sédatif direct des nerfs qui animent ces membranes, il augmente la sécrétion urinaire et la rend moins irritante en en diminuant la densité; enfin, il a une action sédative très-marquée sur les organes de la génération. De plus, on sait qu'employé localement il a une action anesthésiante que l'on a déjà mise en usage sur l'arrière-gorge pour faciliter par exemple l'examen laryngoscopique. Il était donc présumable que cette même action se manifesterait sur la muqueuse uréthrale au moyen des injections.

Pour toutes ces raisons, l'auteur recommande le bromure de potassium, non-seulement dans la blennorrhagie chronique ou subaiguë, mais encore dans la période aiguë du mal et dans la forme suraiguë ou cordée. Ce moyen, du reste, ne doit pas faire oublier les moyens accessoires, tels que le régime, l'emploi des boissons émollientes, l'usage du suspensoir, et l'adjonction des astringents en injections dans la période ultime de la maladie. (*The Practitioner*, février 1874.)

Usage du citrate de quinoïdine, par le docteur Morselli. — C'est un nouveau succédané du sulfate de quinine, dont l'auteur conseille l'emploi, surtout dans un but économique; le citrate de quinoïdine ne coûte, en effet, que 20 francs le kilo-

gramme. au lieu de 460 francs que coûte environ le sulfate de quinine (au moins en Italie).

L'auteur donne le médicament selon la formule suivante :

Citrate de quinoïdine....	1 à 1,30	grammes.
Eau..................	100	—
Alcool...............	10	—
Sirop................	40	—

A prendre deux cuillerées toutes les heures pendant l'apyrexie.

La forme pilulaire ne convient pas du tout, à cause des propriétés hygroscopiques du citrate de quinoïdine.

Ce médicament paraît aussi efficace que le sulfate de quinine; c'est du moins ce qui résulterait de soixante observations prises avec soin par l'auteur, et portant sur des fièvres paludéennes de tous les types (les pernicieuses exceptées), et accompagnées ou non de lésions des organes abdominaux. Dans six cas, il y avait un état cachectique très-marqué.

Dans les fièvres intermittentes simples, une seule dose (1 à 1,30 grammes) suffit habituellement pour couper les accès. Dans les cas d'engorgement du foie ou de la rate, deux doses coupèrent toujours l'accès. Le fer, le vin et la teinture vineuse du quina, employés concurremment, améliorèrent l'état général et prévinrent le retour des attaques.

Nous rappellerons, en terminant, que le citrate de quinoïdine a été expérimenté déjà par les professeurs Timermans et Cortese et par les docteurs Ruffini, Baroffio et Macchiavelli, qui en obtinrent aussi les meilleurs résultats. C'est ce qui engagea M. Morselli à l'employer à son tour. (*Rivista teorica pratica di Modena* et *Gazzetta med. ital. prov. ven.*, décembre 1873.)

REVUE DES LIVRES

De l'amputation du pénis; par le docteur Louis Jullien. Paris, 1873, chez Adrien Delahaye.

Dans cette excellente monographie, dont il a puisé les éléments dans les services hospitaliers de Lyon, M. Jullien étudie l'amputation du pénis au triple point de vue historique, opératoire et clinique, en y joignant dix observations détaillées, observations types choisies dans un grand nombre.

I. L'historique, très-complet et des plus intéressants, montre chez l'auteur la préoccupation de remonter aux sources originales, ce qui lui a permis de démontrer, textes en main, que Fabrice de Hilden (mort en 1634), un chirurgien italien avant cette date, Scultet en 1635, Bartholin en 1659, ont pratiqué avant

Ruysch l'amputation de la verge, et l'ont pratiquée avec l'instrument tranchant, tandis que Ruysch ne publia qu'en 1691 son procédé de la ligature. Ce procédé, bien vite devenu classique, est à son tour attaqué par Ledran (1730), Pallucci, puis définitivement renversé par les travaux de Boyer et de Hey, à la fin du xviiie siècle; l'amputation par le bistouri, avec de nombreuses modifications successives, devint à son tour l'opération classique, jusqu'à ce que Bonnet, en 1849, proposa et exécuta l'amputation par le fer rouge, et M. Chassaignac l'écrasement linéaire quelques années après, sans parler du galvano-cautère, mis en œuvre par M. Sédillot. Cet historique, traité avec la plus complète érudition, présenté avec beaucoup de méthode et de clarté, est un excellent exposé des phases successivement traversées par la question.

II. L'auteur passe ensuite aux procédés opératoires, qu'il soumet à un examen approfondi et à une sérieuse critique.

De la ligature il dit peu de chose; il se contente de faire remarquer que, introduite par Ruysch après que ses prédécesseurs avaient exécuté plusieurs fois l'amputation de la verge par l'instrument tranchant sans se laisser effrayer par la crainte de l'hémorrhagie, cette méthode longue, douloureuse et nécessitant l'usage de la sonde à demeure (source de complications), n'a été qu'une innovation rétrograde, qui n'existe plus que comme souvenir historique.

La méthode de la section par l'instrument tranchant soulève immédiatement la question préalable des niveaux relatifs auxquels on doit couper la peau et les tissus profonds. Après une revue des opinions, des raisons et des préceptes divers émis par les auteurs, M. Jullien se rattache judicieusement à l'opinion de Malgaigne, admise par M. Pétrequin et tous les chirurgiens lyonnais, à savoir que le meilleur est de tendre également la peau et du côté du gland et du côté du pubis, en un mot de sectionner au même niveau la peau et les corps caverneux. Toutefois, M. Jullien fait des réserves sur certaines circonstances qui peuvent faire varier la rétraction dans les tissus du pénis : âge avancé, compression exercée d'avant en arrière par une tumeur siégeant à la base du gland, tiraillement naturel ou accidentel que peut avoir éprouvé l'organe. Il passe ensuite en revue les nombreux procédés imaginés pour parer, les uns aux hémorrhagies, qui sont pourtant peu à redouter, les autres à l'atrésie consécutive du nouveau méat (Ricord, Robert, Rizzoli), et constate que le procédé de Ricord a donné d'excellents résultats.

La section par l'écrasement linéaire expose à une grande difficulté à retrouver l'orifice uréthral; aussi M. Chassaignac fait la section sur la verge flanquée d'une sonde préalablement introduite, ce qui expose à une résistance formidable et au bris de l'instrument.

M. Jullien arrive enfin à la section par les caustiques. Les caustiques potentiels ont été bientôt abandonnés; reste l'ampu-

tation par le fer rougi, soit sur un brasier (Bonnet), soit par le courant électrique (Sédillot). On a fait au fer rouge plusieurs objections que l'auteur combat victorieusement. La position respective des tissus peut varier pendant l'opération ; mais en la fixant avec l'entérotome en arrière du point où doit se faire la section, M. Desgranges annihile cet inconvénient. L'obstruction du canal n'a pas lieu ; il reste béant après l'opération. La cystite consécutive n'a jamais été observée. Quant à l'atrésie consécutive du méat, elle n'est pas particulière à cette méthode, et il suffit, pour l'éviter, de pratiquer, soit immédiatement après l'amputation, soit quelques jours plus tard, l'incision en forme de V de la partie inférieure de l'urèthre, et de suturer, après l'incision, sur les lèvres de la plaie, la muqueuse avec la peau.

Vient ensuite l'étude des complications, les unes primitives, les autres secondaires. A propos de l'hémorrhagie primitive, je me permettrai de signaler une contradiction échappée à M. Jullien. Après avoir dit (page 33), à propos de la méthode de section par instrument tranchant, que toutes les précautions contre l'hémorrhagie ne lui paraissent indiquées que dans quelques cas très-rares, et s'être associé à la remarque de Vidal qu'on se rend facilement maître du sang après l'amputation, l'auteur réunit (pages 52-55) un certain nombre de cas d'hémorrhagies graves et même foudroyantes, et trouve que Lassus, dont il cite un passage, est trop rassuré contre le danger de l'hémorrhagie. Quoi qu'il en soit, le procédé de Bonnet est le moyen préventif par excellence contre l'hémorrhagie, et jamais, dit l'auteur, dans les nombreuses amputations faites à Lyon on n'a eu à compter avec cette fâcheuse complication. En pratiquant la section avec lenteur, on coagule le sang avant de diviser les vaisseaux.

La perte de l'urèthre est chose fort rare ; à peine peut-on en compter quelques cas authentiques ; mais ces faits sont tous consécutifs à l'action de l'instrument tranchant, pas un à l'emploi du fer rouge. M. Jullien, s'appuyant sur les faits, proscrit d'une façon absolue la sonde à demeure, et fait remarquer avec raison que le cathétérisme n'est utile qu'à la période de cicatrisation, pour marquer ses limites au tissu de nouvelle formation.

Les hémorrhagies secondaires seront prévenues par la méthode de la cautérisation qui les rend beaucoup plus rares ; la pyohémie n'a jamais été observée à la suite de l'amputation par la méthode de Bonnet.

En terminant ce chapitre, M. Jullien fait connaître les résultats de 21 opérations pratiquées par MM. Desgranges et Dron :

Guérison	19
Mort (pyohémie)	1
Résultat douteux.....	1
	21

Le cas de pyohémie est un cas d'amputation par l'instrument tranchant.

Venant aux suites de l'opération, l'auteur étudie successivement les récidives du cancer, qui n'ont presque jamais lieu sur place, mais dans les ganglions inguinaux ; le rétrécissement consécutif, contre lequel aucune méthode ne met absolument en garde, et qui, s'il résiste à la dilatation, doit être traité par un large débridement de la paroi inférieure du canal ; l'incontinence d'urine, souvent due à la difficulté de l'émission des urines et spécialement à l'étroitesse du méat.

Signalons enfin trois intéressants paragraphes sur l'aptitude au coït des amputés de la verge, leur aptitude à la fécondation et les troubles de l'état général, la mélancolie, plus rare heureusement qu'on ne l'a dit, et souvent remplacée, paraît-il, par un vif amour de la bouteille ; Bacchus a supplanté Cupidon.

Nous n'avons donné qu'un aperçu bien incomplet de cet intéressant travail, excellente monographie sur l'amputation du pénis en même temps que plaidoyer convaincu, sincère et persuasif en faveur de la méthode lyonnaise : l'amputation par le fer rouge. M. Jullien y a déployé des qualités d'érudit et à la fois le jugement d'un sage esprit critique. Nous permettra-t-il néanmoins, à côté d'éloges que nous ne lui marchandons point, de lui décocher en terminant un trait de Parthe, qui ne sera peut-être qu'un

Telum imbelle sine ictu,

mais que nous ne pouvons retenir, n'ayant pas trouvé d'autre critique à lui adresser. Par l'effet sans doute de son commerce assidu avec la littérature italienne, M. Jullien abuse de l'épithète d'*illustre* ; presque tous les auteurs qu'il cite sont illustres ou au moins célèbres ; cela prouve, me dira-t-on, qu'il a bien choisi ses auteurs ; sans doute, mais nous ne sommes pas en France aussi prodigues d'épithètes sonores que nos chers voisins de par delà les Alpes.

P. Marduel

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences de Paris. — M. Personne, dans un travail intitulé : *Du chloral et de sa combinaison avec les matières albuminoïdes*, revient sur l'opinion que M. Liebriech et lui ont émise concernant le dédoublement du chloral dans le sang en chloroforme et acide formique.

Quoique cette opinion soit généralement acceptée, cependant on a prétendu qu'il était impossible que le sang ait une alcalinité suffisante pour produire cette transformation, car, dit-on, on ne peut l'effectuer avec les bicarbonates alcalins. L'auteur, au con-

traire, à la suite d'essais nombreux, a trouvé que les bicarbonates, le borate et le phosphate de soude des pharmacies, tous les liquides alcalins animaux, comme le sang et le blanc d'œuf, produisent cette réaction, *quand la température est de* 40°.

Recherchant ensuite la cause de la plus longue durée d'action du chloral que du chloroforme, il refuse d'admettre qu'elle est due, comme on l'a prétendu, au second terme du dédoublement, l'acide formique, qui, brûlé au sein de l'organisme, donnerait de l'acide carbonique dont l'action hypnotique viendrait s'ajouter à celle du chloroforme et la continuer. Il a pu, en effet, donner à des chiens jusqu'à 10 grammes de formiate de soude sec, représentant près de 6 grammes d'acide formique, sans observer le moindre phénomène anesthésique, bien que le sel ait été complètement absorbé.

L'auteur a pu observer dans le cours de ses expériences, et étudier ensuite, la combinaison du chlore avec les matières albumineuses (sang, albumine), et c'est à elle qu'il attribue la différence d'action des deux corps (action d'une durée plus longue pour le chloral.) Voici son explication :

La première action de l'hydrate de chloral sur les matières albuminoïdes qu'il rencontre dans l'économie, produit du chloroforme aux dépens de l'alcali de ces matières albuminoïdes ; en même temps ces matières, appauvries ou privées d'alcali, contractent une combinaison avec le chloral non détruit, et cette combinaison forme en quelque sorte un réservoir de chloroforme qui ne le cède que successivement, à mesure que la circulation vient détruire la combinaison.

M. Personne a immédiatement appliqué ces idées théoriques à des essais de conservation des substances animales : il a pu conserver sans altération un cervelet placé dans une solution à 1/10 d'hydrate de chloral. Un cobaye, injecté dans les plus mauvaises conditions trois jours après la mort, a pu être conservé pendant deux mois sans présenter le moindre signe d'altération putride. En additionnant la solution de chloral avec de la glycérine, on peut obtenir des produits imputrescibles conservant une certaine mollesse, ce qui pourra permettre de conserver, dans des conditions favorables, nombre de préparations anatomiques.

— M. Musculus vient d'imaginer un *papier réactif de l'urée* bien ingénieux. Il est fondé sur les deux observations suivantes :

1° La rapide transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque est due au développement d'un ferment particulier, une torulacée, d'après Pasteur et Van Thiegem, qui se présente sous la forme de petits globules sphériques de $0^{mm},0015$ de diamètre, sans granulations ni paroi reconnaissables, et qui paraissent s'accroître par bourgeonnement.

2° Ces globules, recueillis sur un papier à filtre et desséchés à une douce chaleur, peuvent être conservés et reprendre, au contact de l'eau chargée d'urée, leurs qualités de ferment.

Le papier ainsi obtenu puis coloré avec du curcuma, constitue

un réactif très-sensible de l'urée. Il suffit, en effet, de le tremper dans une solution même très-étendue de ce corps (au millième ou au dix-millième) pour voir apparaître, au bout de dix minutes environ, des taches brunes qui finissent par se réunir, et qui sont dues à l'action du sel ammoniacal produit sur le curcuma.

On peut également doser quantitativement l'urée au moyen de ce papier, en provoquant d'abord sa transformation en carbonate d'ammoniaque, dont on dose ensuite l'ammoniaque par un essai alcalimétrique.

M. Musculus a pu ainsi rechercher et doser l'urée dans les eaux de puits qu'on soupçonnait être infectées par des infiltrations de fosses d'aisance. (*Séance du 12 janvier.*)

— C'est par un juge plus compétent en ces matières que nous voudrions voir apprécier le travail de notre savant confrère M. Léon Tripier, ***sur une nouvelle cause de gangrène spontanée, avec oblitération des artérioles capillaires.*** Nous nous bornerons à transcrire presque textuellement la note communiquée à l'Académie.

Les investigations microscopiques pénétrant de plus en plus dans les profondeurs de l'infiniment petit, en rapportent chaque fois une explication ou un fait. Les recherches des histologistes, après avoir porté sur les hématies, puis sur les leucocytes, se concentrent aujourd'hui sur les plus ténus des organites du liquide sanguin, les granulations, sans délaisser pourtant les deux autres. On connaît mieux actuellement ces petites granulations sarcodiques et l'on sait, depuis les observations de Vulpian, qu'elles peuvent, dans certains états pathologiques, se multiplier de façon à constituer une leucocytose de nature spéciale.

M. Tripier, ayant eu l'occasion de faire des examens de sang sur un très-grand nombre de lapins servant aux expériences qui se poursuivent dans le laboratoire de M. Chauveau, a été frappé du développement extraordinaire que peuvent présenter les granulations en s'agglutinant en plaques, principalement quand le sang examiné provient des oreilles de lapins soumis à l'infection septique ou charbonneuse. De ce fait d'observation, il avait conclu que la leucocytose spéciale survenue dans ces conditions pourrait bien être une cause d'obstruction des vaisseaux capillaires et peut-être de gangrène spontanée, quand un cas observé est venu confirmer ses prévisions.

Il s'agit d'un jeune lapin infecté par l'injection, dans la jugulaire, de sérum fétide, et qui, n'ayant pas succombé aux suites immédiates, fut abandonné à lui-même. Les oreilles, présentaient, au bout de trois semaines, tous les symptômes de la gangrène sèche, coïncidant avec une prolifération des granulations protoplasmiques dans le sang. Deux autres cas semblables ont pu être observés.

Ces faits, se demande l'auteur, ne montrent-ils pas l'existence d'une nouvelle condition propre tout au moins à favoriser, sinon

à déterminer la production de la gangrène dite spontanée, et ne conviendrait-il pas d'étudier, à ce point de vue nouveau, les gangrènes spontanées qui se manifestent dans tous les cas d'altération du sang, même celles qui dépendent de l'ergotisme. (*Séance du* 19 *janvier*.) KASTUS.

Académie de médecine de Paris. — Dans les premières séances de février, l'Académie a entendu une série de rapports annuels : sur l'hygiène de l'enfance par M. Devilliers, sur les épidémies de 1872 par M. Delpech, sur la vaccine pour l'année 1870 par M. Blot, sur les eaux minérales par M. Chevalier.

M. Blot a insisté sur la fréquence, la gravité exceptionnelle des épidémies de variole pendant l'année 1870, et sur l'incontestable utilité des revaccinations.

Les revaccinations, qui ne présentent aucun danger, peuvent rendre, au contraire, d'immenses services. Le rapporteur s'élève avec beaucoup d'énergie contre la routine qui s'oppose à ces revaccinations, et voudrait qu'on en fît une nécessité, une obligation même au bout de quelques années.

— M. Devilliers a fait un exposé sommaire des travaux du Congrès médical réuni à Marseille pour étudier les différentes questions relatives à la protection et à l'hygiène de l'enfance.

Il donne lecture des vœux émis par le Congrès de Marseille, demandant :

1° Une surveillance plus active pour les enfants et les nourrices ;

2° La publication de quelques instructions fort simples et à la portée de tout le monde contre les préjugés sur l'élevage des enfants du premier âge ;

3° Des mesures sévères pour l'application de la loi sur la constatation des décès des enfants ;

4° La représentation des Sociétés protectrices de l'enfance dans les comités départementaux et communaux ;

5° La création au ministère de l'intérieur d'un bureau spécial pour la surveillance des enfants ;

6° La publication d'un compte-rendu annuel sur l'industrie nourricière ;

7° La création d'un Congrès annuel qui siégerait alternativement dans chacune des régions de France.

L'Académie décide que les vœux émis par le Congrès de Marseille seront renvoyés à la commission chargée d'étudier à Versailles, le projet de loi de M. Théophile Roussel sur la protection de l'enfance. (*Séances des* 3, 10 *et* 17 *février* 1874.)

Société de chirurgie. — M. Grandesso Silvestri adresse une note *sur les ligatures élastiques* pour la suture de l'utérus après l'opération césarienne ; le grand avantage de ce mode de

suture, selon lui, c'est que les fils élastiques ne se relâchent pas et suivent les mouvements de retrait de l'utérus.

M. Nepveu lit le résumé d'un mémoire ***sur les lésions vasculaires dans les fractures de jambe***. Dans la première partie, il étudie les lésions vasculaires en général. Sur 42 observations qu'il a recueillies dans la littérature médicale ou par lui-même, la tibiale antérieure a été lésée 19 fois, la postérieure 9 fois, la péronière 4 fois, la nourricière 2 fois, etc., différences expliquées par les rapports plus ou moins étroits de ces troncs avec les os. Le plus souvent directes, ces lésions peuvent être indirectes et produites loin du point d'application de la force. L'absence du pouls dans la section inférieure de l'artère lésée en est le signe caractéristique dans la plupart des cas, mais non toujours pathognomonique. Le pouls peut ne reparaître que le cinquième ou le sixième jour après la réduction d'une fracture; l'étude du pouls est trop négligée dans les fractures et peut à elle seule indiquer l'amputation dans des cas douteux. Dans une deuxième partie, l'auteur étudie les accidents qui suivent les lésions vasculaires dans des cas douteux.

Les collections sanguines doivent être abandonnées à la résorption spontanée. J. Bell et Pelletan, après avoir incisé une collection de ce genre, ont cru devoir amputer pour arrêter une hémorrhagie formidable. Dans la célèbre observation de J.-L. Petit, l'infiltration sanguine primitive menaçait la vie du membre, le chirurgien ouvrit la jambe et fit la ligature des deux bouts de l'artère divisée. On reculerait maintenant devant l'ouverture du foyer de la fracture; les incisions multiples semblent suffisantes. L'infiltration sanguine secondaire (produite par hémorrhagie secondaire) nécessitera l'amputation.

Les hémorrhagies primitives (11 observations) peuvent être arrêtées par la ligature dans la plaie des deux bouts de l'artère divisée par le tamponnement, rarement par la ligature de la fémorale.

Les hémorrhagies secondaires paraissent, en moyenne, du huitième au vingtième jour, par une exception remarquable le soixante-quinzième jour (Pelletan). L'ulcération des artères par les esquilles, les hémorrhagies récurrentes, le ramollissement, la destruction des caillots obturateurs par le pus, la déchirure d'un sac anévrysmal, par des esquilles, telles en sont les principales causes. L'extraction des esquilles, l'arsenal antiseptique, le tamponnement ont pu réussir; l'amputation, dernier remède, peut être suivie de succès (2 fois sur 4). La ligature de la fémorale doit être rejetée.

Les anévrysmes sont diffus (3 cas) ou circonscrits (10 observations). L'action lente d'une esquille (anévrysmes secondaires de Broca), les hémorrhagies secondaires, la dilatation lente ou brusque de la cicatrice vasculaire (marche prématurée), voilà quelques-unes des causes les mieux appréciées. Les anévrysmes

diffus paraissent immédiatement, les circonscrits le quinzième jour rarement, du trentième au quarantième jour le plus souvent. On peut observer leur guérison spontanée ou leur rupture par des esquilles. Les méthodes sanglantes ne sont qu'exceptionnellement indiquées, la compression digitale ou par le sac de plomb (Verneuil) est la méthode de choix.

La gangrène n'a été observée que dans cinq observations. La compression des vaisseaux en a été la cause générale, aidée de leur dégénérescence athéromateuse. Elle est rare à la jambe, où se trouvent trois troncs artériels, plus fréquente à la cuisse où l'on ne trouve qu'un seul tronc. L'amputation doit être faite sitôt la gangrène établie; lorsque l'état général l'indique, alcoolisme, etc., on peut recourir à l'amputation préventive.

M. Depaul présente une pièce recueillie sur une femme entrée à l'hôpital des cliniques pour une *grossesse extra-utérine*. Dernière menstruation en décembre 1872, symptômes de grossesse; au moment où devait avoir lieu l'accouchement, douleurs et efforts de parturition, puis rien; douleurs persistantes dans le ventre, vomissements. Le 10 novembre, phénomènes évidents de péritonite; le 29, une ponction amène cinq litres de liquide purulent; le 2 décembre, M. Depaul fit la gastrotomie : issue de pus et d'un fœtus; le placenta très-adhérent fut laissé en place. Le huitième jour, mort par hémorrhagie. On ramassa 500 grammes de caillots dans la poche qui était formée par la paroi antérieure de l'abdomen, un rein, une partie de l'estomac, des intestins et de la vessie. Par la trompe gauche, on pénètre directement dans le kyste. (*Séance du* 17 *décembre*.)

La séance du 24 a été remplie par des élections.

NOUVELLES LOCALES ET DIVERSES

Du mode de nomination des suppléants dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Le président de la République française, à la date du 4 février 1874, décrète :

Article 1er. Les suppléants des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont nommés au concours.

Leur temps d'exercice est de six ans. Après l'expiration de son temps légal d'exercice, le ministre peut, par un arrêté spécial, maintenir un suppléant dans ses fonctions ou même le rappeler temporairement à l'activité, si les besoins du service l'exigent.

Art. 2. Nul ne peut être admis à concourir pour la suppléance des Écoles préparatoires s'il n'est Français ou naturalisé Français et âgé de vingt-cinq ans accomplis.

Pour la suppléance des chaires d'anatomie et de physiologie, de pathologie interne ou externe, de thérapeutique, de clinique interne ou externe d'accouchements, le candidat devra être docteur en médecine. — Pour la suppléance d'une chaire de pharmacie, le candidat devra être pharmacien de première classe. — Pour la suppléance des chaires de chimie et d'histoire naturelle, le candidat devra être docteur en médecine ou pharmacien de première classe, ou licencié ès-sciences.

Art. 3. Les concours ont lieu aux époques déterminées par le ministre; ils sont annoncés par un avis inséré au *Journal officiel* et par des affiches apposées dans le ressort de l'Académie à laquelle l'Ecole préparatoire appartient, dix mois au moins avant l'ouverture des épreuves..

Le siége du concours est déterminé par le ministre.

Art. 4. Les juges du concours sont désignés par le ministre parmi les professeurs et suppléants des Écoles préparatoires du ressort de l'Académie à laquelle apppartient l'Ecole où la vacance est déclarée, parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux des villes du ressort de cette Académie, parmi les professeurs des Facultés des sciences et parmi les membres des établissements scientifiques et des Sociétés savantes du ressort de cette Académie étant pourvus de l'un des grades déterminés dans l'article 2 au sujet des candidats.

Art. 5. Le jury de chaque concours se compose de cinq juges titulaires et de deux juges suppléants.

Ne peuvent siéger dans un même concours deux parents ou alliés au degré de cousin germain inclusivement.

Doit se récuser tout parent ou allié au même degré d'un des compétiteurs.

Le jugement du jury peut être valablement rendu par quatre juges.

Art. 6. Le président du jury est nommé par le ministre, qui peut déléguer à cet effet un inspecteur général, un professeur d'une Faculté de médecine ou d'une Ecole supérieure de pharmacie.

Art. 7. Le jury désigne son secrétaire dans son sein.

Art. 8. Aux jour et heure fixés pour la première séance après la constitution définitive du jury, il est fait appel de tous les candidats admis à concourir.

Tout candidat qui ne s'est pas présenté à cette première séance est exclu du concours.

Les concurrents seront tenus, sous peine d'exclusion, de subir toutes les épreuves aux jours et heures indiqués; aucune excuse n'est reçue si elle n'est pas jugée valable par le jury.

Art. 9. Le sort détermine les sujets à traiter par chaque candidat dans les différentes épreuves. Il détermine également l'ordre dans lequel les candidats doivent subir chaque épreuve.

Art. 10. Les épreuves du concours consistent :

1° Dans une composition écrite sur un sujet emprunté à l'ordre d'enseignement auquel se rapporte la vacance déclarée et le même pour tous les candidats. Cinq heures sont accordées pour la composition, qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

2° Dans des leçons orales et des épreuves pratiques portant sur des sujets

empruntés à l'ordre d'enseignement auquel se rapporte la vacance déclarée.

Le nombre, la nature et les conditions de ces leçons et de ces épreuves sont déterminés par le ministre et indiqués dans l'avis officiel et les affiches annonçant l'ouverture du concours.

3° Dans l'appréciation des titres scientifiques des candidats.

Art. 11. A la suite de chaque concours, le jury classe les candidats par ordre de mérite. Le classement se fait à la majorité absolue des suffrages. En cas de partage, la voix du président est prépondérante. Les deux premiers tours de scrutin sont libres ; le troisième tour est un scrutin de ballottage.

Art. 12. Toutes les opérations terminées, le président du jury adresse au recteur de l'Académie dans le ressort de laquelle le concours a eu lieu un rapport détaillé sur la valeur des épreuves du concours et le classement des candidats par ordre de mérite.

Art. 13. Ce rapport, avec les procès-verbaux des séances du concours, est adressé au ministre par le recteur, qui fait de son côté un rapport sur la marche du concours et la valeur dés épreuves.

Art. 14. Après examen de ces diverses pièces, le ministre nomme, s'il y a lieu, le titulaire de la place de suppléant pour laquelle le concours a été ouvert. En aucun cas le ministre ne peut choisir un suppléant en dehors de la liste des compétiteurs, classés par ordre de mérite.

Hâtons-nous de dire que cette mesure générale, à laquelle tout le monde applaudira, n'est pas applicable à l'Ecole de Lyon.

En effet, le 30 janvier, l'Ecole de Lyon recevait de M. le ministre de l'instruction publique une lettre en réponse à la demande d'autorisation pour les concours de suppléant à la chaire d'anatomie et physiologie et celui de suppléant de la chaire de chimie et pharmacie.

Après avoir constaté que le service de ces deux chaires était assuré pour le moment, le ministre ajoute que « tant que la question de la transformation de l'Ecole préparatoire de Lyon en Faculté ne sera pas tranchée, la prudence commande d'être très-réservé en matière de nomination de nouveaux suppléants. Car si la transformation demandée venait à être accordée, l'existence d'un personnel trop nombreux de suppléants créerait des difficultés qu'il faut éviter. »

Nous ne pouvons voir dans cette réponse officielle qu'un indice certain du progrès que fait la question de la Faculté ; car si le ministre n'avait pas des raisons sérieuses pour croire que sous peu aura lieu la transformation si désirée, il ne laisserait pas sans le compléter un personnel qui, il est vrai, assure le service pour le moment, mais qui de mille façons — trop naturelles pour n'êtrs pas prévues par un journal de médecine — pourrait devenir insuffisant et compromettre brusquement l'enseignement de notre Ecole. Aussi restons-nous persuadés que nous aurons dans un des prochains numéros le plaisir d'annoncer à nos lecteurs qu'enfin la Faculté de Lyon est faite.

— Le *jury* appelé à siéger au concours qui s'ouvrira, le lundi 16 mars 1874, à l'Hôtel-Dieu, pour la nomination d'un *médecin des hôpitaux*, est composé de MM. les docteurs Bondet, Chappet, Dron, Gayet, Gignoux, Lacour, Laroyenne, Laure, Perroud, Soulier, Teissier et Tripier.

Ce jury présente deux particularités bonnes à signaler, c'est qu'il ne renferme que trois chirurgiens, et que les médecins ont été désignés suivant par un ordre déterminé de roulement. Il est, dit-on, difficile d'établir à Lyon, comme dans toutes les autres villes de France, le tirage au sort pour la nomination des jurys de concours, à cause des juges par droit de tradition, pour ainsi dire , et du personnel trop considérable de jurés qu'absorbe chaque concours.

— La Commission de l'enseignement supérieur a examiné le projet relatif à la création de nouvelles Facultés de médecine. Elle n'a admis la création de nouvelles Facultés de médecine que pour Lyon et Bordeaux.

— Sur la présentation de la Commission permanente de vaccine du département du Rhône, M le préfet, par arrêté en date du 10 février dernier, a nommé M. le docteur Armand (Pierre) médecin vaccinateur de notre département, pour une partie du canton de Villefranche, en remplacement du docteur Armand, de Denicé, démissionnaire.

— Le jury de l'exposition de l'enfance de Marseille a décerné à notre confrère M. le docteur Brochard une médaille d'argent du ministre et un diplôme d'honneur pour l'ensemble de ses ouvrages sur l'enfance.

A la même exposition, M. le docteur Jutet a obtenu une médaille d'argent pour son biberon physiologique et ses louchettes à pinules asymétriques dites louchettes universelles. Ces deux appareils avaient été présentés, en 1868, aux Sociétés médicales de notre ville et avaient figuré, il y a deux ans, à l'Exposition universelle de Lyon.

— Au mois d'avril prochain, il y aura à Lyon une session pour les aspirants aux titres d'officier de santé, de pharmacien de deuxième classe, de sage-femme et d'herboriste de deuxième classe de la circonscription de l'Académie de Lyon. Les candidats devront se faire inscrire à l'Ecole de médecine avant le 1er mars.

— Par arrêté en date du 29 janvier, M. le ministre de l'agriculture et du commerce, conformément à l'avis du Comité consultatif d'hygiène publique, a créé une inspection médicale près des établissements thermaux de Brides-les-Bains et de Salins (Savoie), et a nommé à cet emploi M. le docteur Camille Laissus, membre du Conseil général de la Savoie.

— Par décret en date du 13 février 1874, M. Balbiani, chef des travaux micrographiques à l'Ecole pratique des hautes études, section des sciences naturelles, a été nommé professeur titulaire de la chaire d'embryogénie comparée au Collége de France, en remplacement de M. Coste, décédé.

— Un M. Adams, du Massachussett, vient de laisser par testament une somme de 1,701,000 dollars (8,500,000 francs) pour la fondation, dans un rayon de quinze milles de Boston, d'un hôpital d'hypocondriaques. M. Adams a été lui-même hypocondriaque pendant plusieurs années.

— Le nombre total des décès inscrits en 1873, à Paris, a été de 47,749, ce qui fait en moyenne 185 par jour. Sur ce chiffre de 47,749, il y a eu 4,171 corps non réclamés dans les hôpitaux et à la Morgue, et 3,810 mort-nés.



— Une question, qui n'est pas sans intérêt pour les malades et les médecins, était portée devant la justice de paix du 1er arrondissement de Paris.

Il s'agit de savoir si, lorsque pour un accouchement un prix a été fixé à l'avance avec un médecin, des honoraires sont dus au confrère appelé par ce médecin pour l'assister dans l'opération, et si, en tout cas, ces honoraires doivent être payés par la cliente ou par le médecin.

Les faits donnant lieu à cette difficulté qui, pour la première fois peut-être, est soumise à la justice, sont suffisamment expliqués par le jugement, selon nous parfaitement motivé, dont voici les termes :

« Nous, juge de paix,

« Attendu que le docteur L... réclame à M. B... une somme de 80 francs pour le concours qu'il a prêté au docteur C... lors de l'accouchement de la dame B... ;

« Que, pour repousser cette réclamation, B... prétend qu'un chiffre de 200 francs ayant été fixé entre lui et le docteur C..., son médecin habituel, pour l'accouchement dont il s'agit, il s'est complètement libéré par le payement de ladite somme ; qu'il ne doit rien en plus des honoraires stipulés ; que, spécialement, il ne doit rien au confrère que le docteur C... a cru devoir appeler à son aide ; qu'il n'a pas demandé l'assistance de ce confrère, et que c'est au docteur C... à rémunérer la coopération qu'il a sollicitée ;

« Attendu que lorsqu'un prix a été fixé d'avance pour un accouchement, il est d'usage de supposer un accouchement simple et naturel, tel qu'il se présente le plus fréquemment ;

« Que, débattre et déterminer un chiffre en prévision d'une parturition difficile ou dangereuse, serait contraire aux plus élémentaires convenances ;

« Que, dès lors, les complications qui surgissent dans un accouchement laborieux légitiment la réclamation d'une somme supérieure à celle primitivement convenue ; que l'assistance d'un confrère, rendue nécessaire par suite, soit d'une application de forceps, soit d'une version, soit de toute autre opération, exige une rémunération supplémentaire ;

« Attendu que, dans l'accouchement de la dame B.... l'emploi des fers a été inévitable, et que le docteur L... a coopéré avec le docteur C... à leur application ; que c'est donc à bon droit que ledit L... réclame le prix de sa présence et de son concours ;

« Attendu que, vainement B... allègue que ni lui ni sa femme n'ont appelé ou fait appeler le docteur L... ;

« Qu'il est inadmissible que, devant les complications et les dangers de l'accouchement ils aient refusé une assistance déclarée indispensable ; qu'ils ont tacitement, au moins, ratifié l'appel fait par leur médecin ; que, d'ailleurs, la dame B... reconnaît ne pas s'être opposée à cet appel ;

« Attendu que, vainement encore, B... prétend laisser à la charge du docteur C... les honoraires dus au docteur L...

« Qu'il est de vulgaire équité que les services soient rétribués par ceux qui les ont reçus ; que les honoraires accidentels dus au médecin intervenant doivent donc être supportés par la personne pour laquelle cette intervention a été nécessaire ;

« Qu'accueillir un système contraire et obliger le médecin à imputer sur ses honoraires la rémunération de l'assistance qu'il réclame, ce serait encou-

rager peut-être des hésitations, des retards dans l'appel d'un confrère, et. tout à la fois, compromettre les intérêts des malades et porter atteinte à la dignité professionnelle ;

« Par ces motifs,

« Statuant en dernier ressort ;

« Condamne B... à payer au docteur L... la somme de 80 francs pour le concours par lui donné à l'accouchement de la dame B...

— Le collége médical libre de dames, fondé il y a deux ans à New York, vient de délivrer le diplôme de docteur à six dames.

Le collége médical pour dames compte, cette année, cinquante étudiantes inscrites. Le corps enseignant se compose de quinze professeurs, dont quatre sont des dames doctoresses qui enseignent : l'une, l'obstétrique ; la seconde, les maladies des femmes ; la troisième, la physiologie, et la quatrième l'anatomie, à titre de professeur adjoint.

— Un concours sera ouvert, le lundi 18 mai 1874, à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, pour la nomination à deux emplois de chef de service d'anatomie, physiologie et extérieur des animaux domestiques, vacants dans les Ecoles d'Alfort et de Toulouse.

— La Société médicale de Lisbonne met au concours, pour l'année présente, les différentes questions qui suivent :

1° Influence que le système actuel de distribution des eaux potables à Lisbonne peut avoir sur la santé publique ;

2° Mortalité à Lisbonne ; sa comparaison avec celle des principales capitales de l'Europe et examen des causes qui peuvent l'influencer ;

3° Existe t-il à Lisbonne avec la fièvre typhoïde et la fièvre rémittente d'autres fièvres qui pourraient être confondues avec elles ?

4° Déterminer la nature et le siége anatomique du beriberi ;

5° Quelle est dans l'état présent de la chimie biologique la théorie qui explique le mieux la formation du sucre dans le diabète, et quel traitement peut-on déduire rationnellement de cette théorie ?

6° Déterminer l'influence que la théorie cellulaire de Virchow a eue sur les progrès de la thérapeutique chirurgicale.

Pour chaque question, la Société offre un premier prix consistant en une médaille d'or de 20 grammes, et un second prix consistant en un diplôme d'honneur. Les mémoires, écrits en portugais, en espagnol, en français, en anglais ou en latin, doivent être adressés dans les formes académiques au siége de la Société avant le 1er octobre 1874.

— On vient de trouver en Egypte des momies qui avaient des dents remplies d'or, et à Quito on a fait la découverte d'un squelette dont les dents étaient rattachées au maxillaire avec un fil d'or.

Au musée de Naples, parmi les divers instruments de chirurgie découverts à Pompeï, il y a un fac-simile du spéculum de Sims.

— Le docteur A.-K. Kilpatrick raconte qu'une négresse de son comté a donné le jour à un enfant bien développé, à l'âge précoce d'environ *sept ans et demi*.

MÉTÉOROLOGIE. — MALADIES RÉGNANTES. — DÉCÈS.

FÉVRIER.	THERMOMÈTRE. Minim.	THERMOMÈTRE. Maxim.	BAROMÈTRE 9 h. matin	HYGROMÈTRE.	PLUVIOMÈTRE. mm	ÉVAPORATION.	VENTS.	ÉTAT DU CIEL.	OZONE.	DÉCÈS.
9	— 1 6	+ 3.6	749	0.78	3.7	—	N.O.	Beau.	0	32
10	— 2.1	+ 3.8	749	0.86	»	—	N.	—	0	20
11	— 8.6	+ 1.9	756	1.00	»	—	S.O.	—	14	31
12	— 7.7	+ 3.6	752	0.60	»	—	—	Couv.	0	18
13	+ 2.1	+ 7.6	754	0.70	»	—	—	—	0	26
14	+ 2.6	+ 8 4	751	0.74	»	2.2	S.E.	Brouillard	0	28
15	+ 4.2	+ 12.5	742	0.64	»	5.6	S.	Couv.	11	29
16	+ 4.3	+ 11.7	741	0.87	8.0	2.4	N.E.	—	0	18
17	+ 2.2	+ 10 4	739	0.92	»	1.0	S.	Beau.	0	24
18	+ 3.3	+ 10.3	738	0.80	1.5	2.3	—	Brouillard	5	23
19	+ 0.3	+ 8.5	742	0.86	1.0	1.7	N.O.	Couv.	0	31
20	+ 1.3	+ 5.8	746	0.74	2.0	0.8	N.	Beau.	15	23
21	+ 0.9	+ 6.7	745	0.75	»	3.2	—	Couv.	9	30
22	+ 0.1	+ 6.5	744	0.82	»	1.8	—	Beau.	0	26

La constitution médicale actuelle persiste avec les mêmes allures catarrhales et le siége des localisations ne s'est pas modifié non plus.

Les fièvres catarrhales sont plus fréquentes ; les pneumonies deviennent aussi plus nombreuses et plus graves, surtout chez les vieillards.

Les rhumatismes articulaires aigus sont encore assez fréquents, et l'on nous signale un nombre assez considérable d'eczémas et d'impétigos aigus.

Quelques rougeoles et toujours beaucoup de varicelles, mais pas de varioles.

Quelques fièvres puerpérales, mais sans caractère épidémique, à la maternité de la Charité.

Le bulletin des causes de décès pour Lyon, du 9 février au 22 février 1874 (deux semaines), donne les résultats suivants :

Variole, 0 ; — Scarlatine, 2 ; — Rougeole, 1 ; — Fièvres continues, 5 (typhoïde, 5 ; muqueuse, 0 ; catarrhale, 0) ; — Érysipèle, 2 ; — Bronchite aiguë, 21 ; — Pneumonie, 25 ; — Pleurésie, 1 ; — Dyssenterie, 1 ; Diarrhée, 3 ; — Cholérine, 0 ; — Choléra, 0 ; — Angine couenneuse, 1 ; Croup, 2 ; — Affections puerpérales, 3 ; — Affections cérébrales, 58 ; — Maladies du cœur, 34 ; — Phthisie, 63 ; — Catarrhe pulmonaire, 35 : — Autres maladies aiguës, 30 ; — Autres maladies chroniques, 45 ; — Affections chirurgicales, 26 ; — Causes accidentelles, 1 ; — Total : 359 — Mort-nés, 33.

Le président du Comité de rédaction, **P. DIDAY.**

Le Gérant, **J. ICARD.**

Lyon. — Imp. Aimé Vingtrinier.

LE BUREAU DES MŒURS A LYON ; SES VICISSITUDES ; NÉCESSITÉ DE SA NEUTRALISATION.

La mutation, récemment opérée, du personnel de l'inspection sanitaire ne pouvait passer inaperçue dans une ville où la *spécialité* et la confraternité sont aussi en honneur qu'à Lyon. Comment, pourquoi, sur quels motifs et dans quel but les onze médecins à qui ce service était confié depuis plus de trois ans ont-ils été tout à coup remplacés par six autres ?... Organe, dans la sphère médicale, de l'opinion et un peu aussi de la curiosité publique, le *Lyon Médical* ne saurait laisser poser cette question sans essayer d'y répondre. C'est donc ce qu'il va faire, non pas en toute liberté — la matière administrative nous impose ici autant de réserves pour le moins que la matière spéciale — mais avec toute l'indépendance que peuvent donner à une plume désintéressée la hauteur et la pureté des intentions qui la conduisent.

Jusqu'à ces huit dernières années, les médecins chargés de l'examen des prostituées n'étaient unis entre eux par aucun lien. Nommés isolément, ils fonctionnaient isolément, sans s'éclairer par l'expérience mutuelle, sans se concerter en vue de besoins à satisfaire, de progrès à accomplir par le travail en commun. Aussi, quoique fort dignes pour la plupart, restaient-ils vis-à-vis de l'opinion dans une sorte d'infériorité ; et les fonctions de *visiteurs* étaient-elles de celles dont on étale plus volontiers le titre sur le registre d'émargement que sur sa carte de visite.

En juin 1865, la Société de médecine, émue par les révélations d'historiographes autorisés, prit l'initiative d'une réforme dans cet important service. M. le docteur Garin, condensant dans un rapport qui restera, les lumineuses discussions de quatre longues séances, donna à la réorganisation nécessaire des bases que l'Administration adopta presque en entier : une de ses propositions seule ne trouva pas grâce devant l'autorité, celle d'après laquelle (art. 3) « les médecins du service sanitaire devaient être nommés par le préfet sur une liste de candidats présentés par la Société de médecine. » — Néanmoins, dès lors les membres de l'inspection sanitaire spéciale s'assemblèrent en commission, purent échanger leurs idées, exercer au besoin les uns sur les autres

une pression morale utile à l'émulation autant qu'à la discipline, enfin par des rapports mensuels réguliers faire profiter la science et l'hygiène du fruit de leur observation.

Les choses en étaient là, et elles marchaient on ne peut mieux, lorsque sonna le 4 septembre 1870. A ce moment, se préoccupa-t-on beaucoup, au sujet de ce service, de la question politique?... D'abord, il n'y aurait pas eu lieu ; car les médecins alors en fonction étaient de toute date et de toute provenance : on en comptait même de nommés antérieurement à 1830 et à 1848. Ce n'eût donc pas été sans une inexactitude flagrante qu'on eût pu, comme cela a été fait depuis, les qualifier de « *personnel de l'Empire.* »

Puis on songeait vraiment bien, en ce moment-là, à pareille misère ! Les citoyens qui, installés à l'hôtel de la rue Luizerne, y faisaient la police entre leurs repas, aimaient à tout voir par eux-mêmes. Aussi, quand, dernièrement, un journal radical de notre ville écrivait que, au lendemain du 4 septembre on fut bien forcé de *remplacer* les médecins de l'inspection sanitaire, *parce qu'ils s'étaient enfuis*, il ne calomniait pas moins ses coreligionnaires que les honorables médecins du service. Ceux-ci, en effet, non pas seulement au lendemain du 4 septembre, mais plus qu'au surlendemain, c'est-à-dire pendant *six jours* consécutifs, s'étaient présentés, à l'heure ordinaire, pour faire la visite, se nommant, insistant — il fallait quelque courage — pour entrer dans le local de l'inspection et y accomplir leur tâche quotidienne.

Mais leurs efforts furent infructueux. « Les princesses !... c'est nous qui les *sont*, » disait, en 1848, la digne épouse d'un membre provisoire. Nos confrères n'obtinrent guère d'autre réponse. S'il faut en juger d'après les débats d'un procès de l'époque, les nouveaux policiers se trouvaient l'aptitude autant que le goût pour cette besogne. Et de fait, les médecins du service, expulsés, mais non remplacés, durent attendre que le mal se corrigeât par ses propres excès.

Ce ne fut pas long. Il n'était point mauvais peut-être que, à notre époque d'essai illimité de toutes les libertés, on apprit par expérience ce que produit, dans une grande ville, la suppression de surveillance sanitaire. Le flot de vérole qui envahit alors Lyon n'épouvanta pas seulement l'autorité. Les prostituées, sur lesquelles il avait rejailli par contre-coup, ne furent pas les dernières à demander le rétablissement de la *visite*.

Quelque régularité, d'ailleurs, ayant été ramenée, au bout de deux mois, dans notre Administration municipale, on profita du premier moment propice. Mais tant de libertés couraient alors les rues qu'il n'en restait que fort peu à l'Hôtel-de-Ville pour faire accepter à l'opinion encore affolée le retour de l'ancien personnel. D'ailleurs, et qu'on ne l'oublie pas, il y avait danger pressant pour la santé publique. Le service fut donc reconstitué avec d'autres éléments. Il le fut par l'un de nos collègues les plus compétents, c'est-à-dire de manière à fonctionner dans les mêmes conditions et avec les mêmes résultats — l'on ne pouvait faire mieux — qu'avant le 4 septembre. — Du reste, depuis lors, l'occasion fut recherchée et saisie de donner satisfaction aux droits des précédents titulaires, par l'adjonction de membres de l'ancienne commission à la nouvelle, à la commission *révolutionnaire !*

« *Révolutionnaire !* » C'est sous ce titre, en effet, que, dénommée, dénoncée à l'opinion, peu à peu, malgré le zèle de ses membres, malgré l'absence de tout sujet de plainte contre eux, elle sentit le terrain manquer de plus en plus sous ses pieds. — C'est sous le coup de cette impression, c'est en sentant l'imminence du péril qu'il aurait voulu conjurer, que notre cher collègue, M. Rollet écrivit, le 7 décembre 1873, dans le *Lyon Médical*, l'article aussi remarqué que remarquable où, sans attaquer ni défendre qui que ce soit, il faisait ressortir la nécessité de fermer enfin, dans ces nominations, l'ère des attaques et des revanches politiques, en leur donnant la seule base que puissent avouer la confraternité et la science, c'est-à-dire la présentation des candidats par nos Sociétés de médecine.

De cet avertissement magistral, une seule chose a été vérifiée par l'événement, son opportunité. En effet, par un arrêté de M. le préfet du Rhône, en date du 21 janvier 1874, les membres de l'ancienne Commission sanitaire, laquelle avait été constituée le 26 juillet 1867, ont presque tous été réintégrés dans leurs fonctions.

Nous n'avons point ici à exprimer une préférence entre la Commission dépossédée et la Commission réinstallée. Dans l'une comme dans l'autre, à côté de quelques noms obscurs, figurent des noms qui rappellent d'utiles services : sous le rapport des personnes, elles se valent donc tout à fait.

Chercherons-nous, d'autre part, quels sont, de leurs droits res-

pectifs, les plus respectables?... Pas davantage. Par l'effet des circonstances plus que par un acte réfléchi et volontaire, à tort ou à raison chacun des deux groupes de fonctionnaires a, devant les ultras de l'opinion publique, le prestige de la persécution soufferte en même temps que le démérite de l'usurpation consommée. Et nous craindrions d'enflammer les passions en tentant un arbitrage entre des prétentions aussi exclusives, en rappelant les droits de premier occupant à ceux qui viennent d'être frappés au moment où ils pouvaient se croire garantis par une sorte de prescription morale.

A défaut de paix entre les confrères, pouvons-nous du moins compter sur la pérennité de l'état actuel?... Hélas!... Le 4 septembre amena comme conséquence fatale la chute de l'ancienne Commission. — Par un logique retour, à mesure que la majorité gouvernementale inclinait de gauche à droite, les nouveaux venus ont pressenti, puis subi la révocation.— Mais les réinstallés, eux-mêmes, sont-ils plus solides? Non; il leur est même réservé de pouvoir calculer dès à présent le terme de leur mandat, irrévocablement lié à la durée d'un ordre de choses qui n'a plus aujourd'hui que six ans et huit mois d'existence légale!...

La médecine n'aurait-elle pas droit de se plaindre de l'empire que nos vicissitudes politiques s'arrogent sur ses actes? Voit-on, à chaque mutation ministérielle ou préfectorale, les ingénieurs, les experts devant les tribunaux, les agents voyers, le personnel des armes spéciales ou de la marine, les conseils de salubrité mêmes, obligés de céder la place, sauf à la reprendre lors d'un prochain changement de système?.. Non. Mais pourquoi?

Pourquoi?... Parce que à chacun de ces fonctionnaires on reconnaît une capacité supérieure, capacité telle que leur remplacement, ne pouvant se faire qu'avec désavantage, entraînerait la désorganisation immédiate du service; tandis que, en l'état actuel, pour l'inspection sanitaire, le mode de nomination à la place n'impliquant point qu'elle est donnée au plus digne, dès que dix médecins inspecteurs tombent, on en trouve cent tout prêts à accepter une fonction dont ils ne se tireront ni mieux ni plus mal que leurs prédécesseurs.

Le mal est plus grave qu'on ne pense; et si nous réclamons avec insistance, qu'on se garde de nous croire guidés par quelque parti pris. Eh! que fait à un vieux praticien la couleur du drapeau qui s'agite au-dessus de sa tête? Créez chacun un personnel

sanitaire à votre image, vous tous que le hasard des événements porte à notre Hôtel-de-Ville. Ayez alternativement des *visiteurs* républicains, légitimistes, libéraux, radicaux, bonapartistes. Qu'importe? à moins d'être sans-culottes, je les vois tous également propres à ce service. Mais, pour l'amour de l'humanité, songez aux conséquences de ces variations. Croyez-vous que les médecins puissent s'attacher à des fonctions dont la façon même dont ils y entrent leur annonce le terme inévitable? Voulez-vous donc que, au lieu de perfectionner leurs études, de compléter leur expérience, ils soient forcés de se tenir au courant des fluctuations de la politique? Qu'ils interrogent la girouette du ministère au lieu du livre de la nature?

Ces tristes prévisions sont-elles tout à fait hypothétiques? N'appellent-elles pas l'exécution d'une mesure depuis longtemps signalée comme le remède assuré contre cette instabilité dont la santé publique souffre autant que la considération du corps chargé de la défendre?.. Ce n'est pas d'aujourd'hui, en effet, que la présentation, sinon la nomination, des inspecteurs par les Sociétés de médecine est indiquée. Et l'on va voir avec quelle largeur de vues, sous quelle forme précise, quoique éminemment conciliante, dès 1866, notre cher collègue, M. Garin, dans son rapport, en prenait l'initiative :

« Jusqu'ici, dit M. Garin, les médecins de la visite ont été nommés directement par le préfet. Sans doute, le premier magistrat de la ville et du département, qui seul a pouvoir et qualité pour investir d'une part d'autorité les agents de tout ordre de son administration, s'est toujours efforcé de faire de bons choix. Soit en récompensant des services antérieurs par des attributions nouvelles, soit en conférant des places modestement rétribuées à ceux que la faveur désignait à ses préférences, le préfet a toujours voulu choisir et a, de fait, nous voulons le croire, toujours choisi les plus dignes. Cependant les fonctions de médecin sanitaire exigent des connaissances spéciales dont il est difficile à un magistrat, si clairvoyant qu'il soit, de se rendre compte. Le concours, qui est si propre à mettre en relief le vrai mérite et à distribuer équitablement le prix du travail, pourrait être appliqué à l'élection des médecins du service sanitaire, comme il l'est au choix des médecins de nos hôpitaux. Mais si l'on objecte que le concours est insuffisant à faire apprécier certaines qualités personnelles aussi indispensables aux médecins de la visite que les

aptitudes scientifiques, pourquoi une Commission, non moins compétente que désintéressée, ne viendrait-elle pas en aide au préfet, en présentant à son choix des candidats aux places vacantes? Et quel corps constitué plus indépendant, plus apte, plus dévoué au bien public, pourrait mieux que la Société de médecine (1) remplir ce bon office, en mettant fin à des sollicitations inspirées par les sentiments les plus respectables, mais faites pour embarrasser l'Administration bien plus plus que pour l'éclairer? »

Ce langage, à la respectueuse fermeté duquel il serait présomptueux de vouloir rien ajouter, ne fait-il pas entrevoir une solution possible aux difficultés pendantes. Que, après avoir ainsi parlé, en 1866, M. Garin et ses collègues d'alors aient, en 1867, accepté leur nomination des mains du préfet, nul ne s'en étonna parce que nul n'avait à s'en plaindre. N'ayant pu faire prévaloir la réforme, ils se soumettaient — et ils firent bien — à l'ancien mode, plutôt que de laisser en souffrance un service indispensable. — Mais aujourd'hui que la succession des événements a pleinement justifié les appréhensions ci-dessus énoncées, aujourd'hui que, en reprenant leur siége, aucun des anciens titulaires ne peut ignorer que, hier encore, il était occupé, ne serait-il pas digne de notre libéral collègue, du président de la Commission actuelle, de donner à l'éloquent plaidoyer de 1866 son complément pratique, en mettant, par tous les moyens, par tous les sacrifices possibles, l'autorité supérieure en demeure de s'en rapporter, pour l'élection, à l'autorité compétente, seule capable de distinguer entre les droits acquis et les droits *réels?*

Ces droits réels, en effet, et je ne m'en cache point, sont les seuls qui me préoccupent, parce que, dignement représentés, seuls ils peuvent réaliser le progrès, le progrès si nécessaire !

Croit-on donc, croyez-vous, M. le Préfet — c'est à vous que je m'adresse, puisque, représentant actuel de l'autorité, vous avez, comme vos devanciers, pris charge de cette partie de la santé publique, — croyez-vous que, par cela seul que la surveillance spéciale fonctionne selon le règlement, elle soit irréprochable?..... Il appartient peut-être à un spécialiste militant de fournir sur ce point son témoignage désintéressé. Sachez-le donc : il n'est pas un de nos collègues qui, plusieurs fois par mois, ne

(1) Il faut dire aujourd'hui « *les* Sociétés de médecine. »

voie dans son cabinet quelque client qui a reçu, dans l'une des *maisons* soumises à l'inspection réglementaire, le germe d'une infection soit locale, soit constitutionnelle, qu'une exploration plus complète lui aurait épargnée (1).

Or, l'inspection étant ainsi démontrée insuffisante, il faut la perfectionner, n'est-il pas vrai ? Plusieurs projets, sous ce rapport, sont ou devraient être à l'étude : la répression de la prostitution clandestine; la suppression des visites faites à domicile (2); la création d'un inspecteur chargé de faire à l'improviste des contre-visites; l'établissement de taxes échelonnées à payer par les filles de différentes catégories, etc., etc. Eh bien ! pour l'élaboration de ces diverses mesures, pour l'appréciation de leur valeur respective et absolue, est-il juste, est-il prudent de donner la parole à ceux là seuls qui furent nommés pour appliquer le système qu'il s'agit de modifier ?

L'élection par un jury compétent donnerait l'inviolabilité aux titulaires par une autre voie, voie indirecte mais non moins sûre. A Lyon, où les études syphiligraphiques ont acquis un tel degré de perfection, où une phalange de maîtres avec sa pépinière de disciples autorisés, forment une école qui fait plus que balancer l'école parisienne actuelle, on s'étonne à bon droit que les forces vives de cette brillante élite n'aient jamais été plus largement utilisées pour le recrutement de la Commission sanitaire. Or, la notoriété, d'où que lui vienne l'investiture, est, elle aussi, une puissante condition d'indépendance. Un préfet peut beaucoup; et, dans d'autres temps, nous avons vu des proconsuls à *pouvoirs illimités*. Croit-on néanmoins que, même un commissaire extraordinaire osât porter la main sur une Commission qu'il trouverait composée de MM. Diday (3), Rodet, Rollet, Gailleton, Garin et

(1) Cette remarque est le résultat d'une expérience de trente ans. Elle n'a donc rien qui s'applique particulièrement au temps présent ; sous tous les régimes, avec tous les personnels visitants, cette insuffisance a été constatée. C'est même en m'appuyant sur sa persistance invétérée que je viens de proposer dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, un *Nouveau système d'assainissement de la prostitution.*

(2) Réforme de la nécessité la plus urgente, puisque, jadis, aussitôt que la visite eut lieu hors des *maisons*, on réussit à constater deux fois plus de cas morbides, lesquels, jusque là, avaient pu échapper aux recherches forcément illusoires tant qu'elles sont opérées à domicile, et, par conséquent, étaient restés méconnus, au grand détriment de la santé publique.

(3) Comme je souscris à la clause exprimée dans l'art. 2 du rapport de

Viennois?... Non, et ce qui m'autorise à parler ainsi, ce qui me permet cette assurance, c'est que justement, dans le remaniement qui vient d'avoir lieu, le seul membre de la dernière Commission qui n'ait pas été changé est le seul qui, grâce à ses travaux scientifiques, possédât une notoriété spéciale incontestée.

Je conclus : faisons en sorte — et que nos collègues de la Commission sanitaire actuelle veuillent bien nous y aider de leur mieux, — faisons en sorte d'obtenir de l'autorité préfectorale que, dès maintenant, la présentation des membres de l'inspection sanitaire ait lieu, soit par voie de concours, soit tout au moins par un vote des Sociétés de médecine de Lyon. A ce prix seulement, l'institution acquerra la stabilité compatible avec la dignité de ses membres, avec les impérieux besoins de la santé publique, avec les ménagements dus à la confraternité médicale, avec les intérêts du progrès scientifique et de l'Ecole lyonnaise.

P. DIDAY.

ÉTUDE SUR LE VOMISSEMENT DANS LES MALADIES CHRONIQUES DU CERVEAU (PARALYSIE GÉNÉRALE ET TUMEURS);

Par M. le docteur Humbert MOLLIÈRE,

Ancien interne des hôpitaux, chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Lyon.

Je n'ai pas la prétention, dans cette courte note, d'étudier d'une manière approfondie l'importante question du vomissement considéré comme symptôme dans les maladies chroniques et apyrétiques des centres nerveux. Je ne possède pas un nombre suffisant d'observations et d'autopsies pour l'analyse complète d'un acte morbide sur lequel nos meilleurs auteurs classiques sont encore à peu près muets aujourd'hui.

J'ai voulu seulement appeler l'attention des cliniciens sur les difficultés que peut apporter dans le diagnostic des maladies du système nerveux central l'existence de vomissements, quelle que soit du reste leur nature. Nous verrons, en effet, plus tard, qu'ils peuvent être bilieux, muqueux ou mélaniques, affecter une forme paroxystique analogue aux vomissements incoercibles des femmes

M. Garin, qui exclut de cette fonction *les médecins âgés de plus de 60 ans*, on voit que je pose ici une hypothèse et non une candidature.

enceintes ; en un mot, simuler ceux que l'on rencontre dans la plupart des maladies de l'estomac.

Nous n'avons pu trouver, jusqu'à présent, que dans les seuls auteurs français quelque renseignement sur ce point de séméiologie. Ayant eu l'occasion d'observer un cas de ce genre dans notre service l'année dernière, alors que nous remplacions le professeur de clinique absent, nous engageâmes M. le docteur Baudot à entreprendre quelques recherches sur cette question, dont il fit le sujet de sa thèse inaugurale : De l'étude approfondie d'un grand nombre d'observations et des statistiques recueillies dans les auteurs tant anciens que modernes, M. Baudot est arrivé aux conclusions suivantes :

« 1° Le vomissement est un précieux signe de diagnostic différentiel entre l'hémorrhagie cérébrale et l'hémorrhagie cérébelleuse. Il appartient à cette dernière affection, dans laquelle il se produit une fois sur deux et demie.

« 2° C'est un symptôme étranger au ramollissement du cerveau aussi bien qu'à celui du cervelet. Son apparition, dans le cours de cette affection, doit faire penser à une autre lésion concomitente.

« 3° Dans le cas de tumeurs inertes de l'encéphale, il indique leur siége dans les régions cérébelleuses, mésocéphalique et bulbaire, Mais il est rare dans les anévrysmes, à cause de leur présence assez peu habituelle dans les parties postérieures de l'encéphale ; il n'est pas fréquent non plus dans les observations de tumeurs parasitaires qui siégent exceptionnellement dans le cervelet.

« 4° Si la tumeur est douée de propriétés irritantes, le vomissement n'indique plus son siége d'une façon aussi certaine ; il est pourtant beaucoup plus habituel quand ces productions pathologiques siégent dans le cervelet. Il accompagne plus constamment le tubercule que le cancer ; le premier affectant de préférence les régions cérébelleuses. « (C. Baudot. *De la valeur diagnostique du vomissement dans quelques affections apyrétiques de l'encéphale* (hémorrhagies, ramolissement, tumeurs. — Thèse de Paris, 3 avril 1873, p. 51 et 52.)

C'est là l'unique document un peu complet que nous ayons, et, comme on le voit, ces conclusions peuvent être considérées comme l'expression de l'état normal dans ces maladies. Mais, malheureusement, dans ce domaine de la pathologie, il faut savoir

compter avec les anomalies et les exceptions, comme le prouvent les belles études que M. Charcot publie actuellement sur les anomalies de l'ataxie locomotrice. Je ne parlerai pas de cette première maladie, dans laquelle, depuis fort longtemps déjà, ce symptôme a été mentionné et peut-être même pas avec assez d'insistance ; car, dans les mêmes leçons que nous venons de citer, le savant médecin de la Salpêtrière insiste beaucoup plus sur sa fréquence qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui. Vient enfin le mémoire de M. E. Coutagne publié, en 1862, dans la *Gazette médicale de Lyon*, travail très-intéressant et très-important pour nous, qui me paraît avoir le premier appelé l'attention sur le point qui nous intéresse. Dans ce mémoire, qui a pour titre : *Des hémorrhagies gastriques et intestinales dans les maladies chroniques du cerveau*, l'auteur rapporte deux observations de sujets atteints d'affections organiques des centres nerveux chez lesquels les vomissements, d'abord bilieux, muqueux et alimentaires, puis mélaniques, survinrent avec un tel cortége d'accidents qu'on crut, dans un cas, à la coïncidence d'un néoplasme de l'estomac avec la maladie cérébrale primitivement reconnue ; dans un autre, à la nature secondaire des troubles nerveux liés à une altération véritable dans la structure de l'estomac. Il fut donc à peu près impossible de poser, dès l'abord, un diagnostic sérieux, malgré l'intervention de professeurs et de praticiens consommés. Cruveilhier père crut à un néoplasme jusqu'au bout. Dans la première observation, qui a trait à un médecin encore jeune atteint d'un ramollissement du cerveau compliqué de crises épileptiformes, l'existence de douleurs extrêmement vives dans la région de l'estomac et de l'intestin avec vomissements fréquents, d'abord bilieux et muqueux, puis sanglants et noirâtres, tout à fait semblables à ceux qui se produisent dans les lésions organiques de l'estomac, firent qu'on se demanda, non sans raison, si, jusqu'alors, il n'y avait pas eu erreur dans le diagnostic et si la maladie principale n'avait pas son siége dans les organes digestifs, avec troubles sympathiques du côté du cerveau. Les phénomènes subséquents montrèrent qu'il n'en était rien ; ces accidents disparurent, et le malade succomba aux progrès de son ramollissement cérébral. Et certes, cette première opinion n'était pas sans fondement, car l'existence de troubles cérébraux et nerveux, liés à l'inanition et à l'altération du sang dans la maladie cancéreuse, se rencontre relativement assez souvent chez les malheu-

reux atteints de carcinome de l'estomac, si bien que les médecins appelés en consultation à cette période ultime pourront aussi bien pencher pour l'un que pour l'autre diagnostic. Dans la seconde observation, ce furent les troubles digestifs qui apparurent les premiers et rendirent, pendant assez longtemps, le diagnostic incertain. L'arrivée graduelle des symptômes connus de la péri-encéphalite diffuse et la nature intermittente et irrégulière des troubles de l'estomac sont venus définitivement faire rejeter l'idée d'un néoplasme de l'organe.

Quoique ces faits se rattachent à la question si importante des hémorrhagies dans les maladies du système nerveux, nous dirons cependant que les vomissements alimentaires et muqueux dès le début, doivent être mis sur le compte d'une altération dans sa structure ou ses fonctions, plutôt que sur celui de lésions vasculaires, ainsi qu'il résulte des dernières recherches de Charcot (*Comptes-rendus de la Société de Biologie*, année 1870, et de Liouville. (Thèse inaugurale, Paris, 1870.) On verra plus loin que notre malade de l'observation III du présent travail qui, très-probablement, avait eu des mélœnas, ne présentait presque aucune lésion de la muqueuse stomacale, car les sugillations que nous avons rencontrées peuvent être déjà mises sur le compte de phénomènes cadavériques. Tout le monde sait, en effet, que le dernier des observateurs que je viens de citer a signalé dans celle de l'œsophage des altérations vasculaires analogues à celles qui, dans le cerveau, donnent naissance à l'hémorrhagie.

D'après nous, et cette opinion nous paraît confirmée par les faits, il y aurait donc, sous l'influence des nerfs vagues et sympathiques, une hyperémie, soit active, soit passive des capillaires de l'estomac, d'où ces hémorrhagies qui n'ont, de la sorte, aucun rapport avec la péri-artérite et les anévrysmes miliaires. Ces prémisses une fois posées, passons à l'étude de nos observations. Elles sont au nombre de trois. Dans les deux premières, il s'agit de malades atteints de gastralgie avec vomissements incoercibles, chez lesquels un examen attentif démontra l'existence des symptômes caractéristiques de la paralysie générale à ses débuts. Dans la seconde, nous avons eu affaire à un malade chez qui l'existence d'une tumeur de l'isthme de l'encéphale détermina [des troubles gastriques qu'on pouvait fort bien mettre sur le compte d'une lésion de l'estomac. Chez les deux premiers, l'atten-

tion fut, dès l'abord et pendant longtemps, fixée sur les seuls troubles gastriques. On crut à l'existence d'une gastralgie rebelle, alors que les symptômes de cette maladie avaient pour cause une altération déjà avancée du système nerveux central.

Ces faits nous paraissent avoir une grande importance : ils nous prouvent combien un examen approfondi de tous les organes, de tous les systèmes est indispensable même dans les maladies qui nous paraissent les mieux caractérisées dans leur type et les plus faciles à reconnaître. Voici qu'on croit avoir affaire à une gastralgie, et c'est d'un ramollissement cérébral dont il s'agit. On devra donc, désormais, dans la plupart des prétendues névroses, toujours songer à l'existence ou plutôt à la possibilité de lésions profondes ou superficielles, diffuses ou localisées des centres nerveux, des nerfs ou de leurs racines. Ce que nous nous efforçons de faire pour la péri-encéphalite diffuse, M. Charcot vient de l'établir d'une façon péremptoire, pour l'ataxie locomotrice. Il a prouvé, par de nombreux exemples, que les crises de gastralgie précèdent quelquefois de plusieurs années, et sans aucun autre symptôme, les douleurs térébrantes et lancinantes, ainsi que les autres symptômes caractéristiques de la maladie de Duchenne. C'est, à la vérité, une affection bien éloignée de l'ataxie que l'atrophie précoce des nerfs optiques que l'on observe chez quelques individus? Eh bien ! l'observation prolongée des malades est venue démontrer l'existence de cette affection comme conséquence normale de l'existence de cette lésion. Il devra donc en être de même pour les vomissements incoercibles et douloureux, relativement à l'ataxie et à la méningo-encéphalite diffuse.

On ne doit plus aujourd'hui étudier les névroses comme par le passé et croire naïvement à l'absence de lésions d'organe. Témoin le fait suivant, que je ne rapporterai qu'en abrégé, par discrétion envers l'interne qui doit en faire le sujet d'un travail fort intéressant.

Il s'agissait d'une jeune fille entrée dans le service pour une paraplégie hystérique des mieux caractérisées. Antécédents personnels, hérédité, rien ne manquait à l'évidence du diagnostic, porté, du reste, par le professeur et tous les assistants. Et pourtant cette fille mourut brusquement au milieu de symptômes insolites, et l'autopsie révéla l'existence d'une sclérose en plaques disséminées sur toute la superficie de la protubérance annulaire.

(L'observation I a été très-sommairement rapportée dans la

thèse de M. Baudot et relatée seulement au point de vue des vomissements nerveux. Nous avons cru devoir la rapporter à nouveau telle que nous l'avons recueillie nous-même avec tous tous ses détails, dont plusieurs viennent à l'appui des opinions que nous venons d'émettre.)

OBS. I. — *Péri-encéphalite diffuse localisée surtout au cervelet. — Ataxie cérébelleuse. — Vomissements incoercibles liés à l'affection des centres nerveux.*

Le nommé Etienne Rollet, né à la Chazelle-de-Grinchoix (Saône-et-Loire), âgé de trente-sept ans et exerçant la profession de jardinier, entre, le 30 avril 1872, dans la salle Sainte-Elisabeth, n° 8.

Cet homme paraît avoir joui autrefois d'un bon tempérament, quoiqu'il soit aujourd'hui un peu amaigri par suite des souffrances qu'il a endurées depuis déjà quelques années. Pas de maladies sérieuses antérieures. Pas de syphilis. Blennorrhagie très-légère à l'époque où il était au service militaire. Un peu d'alcoolisme. Pendant plusieurs années, le malade a été jusqu'à boire en moyenne deux litres de vin par jour. Au point de vue de l'hérédité, il nous dit que sa mère était d'un tempérament nerveux et qu'elle souffrait depuis longtemps d'une oppression qui empêchait le sommeil (asthme).

Le malade, dans son enfance, a souffert beaucoup de maux de dents avec retentissement dans tout un côté de la face. Ses incisives sont conservées, mais les molaires sont dans l'état le plus déplorable.

Pendant qu'il était au service militaire, il a eu des douleurs très-violentes dans les membres inférieurs, douleurs qui ne furent point accompagnées d'enflure et qui disparurent au bout de cinq à six jours de durée. Il y a cinq ou six ans, maux de tête violents revenant presque chaque jour avec retentissement dans les deux globes oculaires. A la même époque, le malade a reçu sur la poitrine, entre le sternum et le sein gauche, un coup qui semblerait avoir causé une fracture de côté, du reste parfaitement guérie aujourd'hui.

Depuis cinq ans, enfin, il souffre de douleurs atroces dans la région épigastrique et dans les deux flancs, avec retentissement dans tout le côté gauche et dans les reins. Ce sont ces douleurs, du reste, qui nous l'amènent ici. Ces douleurs amènent de la congestion de la face et des douleurs de tête. La marche les calme, ainsi que la pression sur l'épigastre. Elles sont assez violentes pour amener des vomissements soit après les repas, soit en dehors, vomissements ayant les plus grands rapports avec les vomissements dits incoercibles des femmes enceintes. Du reste, leur retour n'a rien de régulier; ils restent quelquefois plusieurs mois sans revenir ; mais le malade est très-affaibli. A la palpation, on déprime facilement l'abdomen et on ne réveille point de douleur. On trouve la rate un peu hypertrophiée. Rien au cœur; les battements cardiaques sont très-précipités. Pas de douleurs au bout de la verge. Les urines sont denses, très-acides. La chaleur y fait découvrir une

très-minime quantité d'albumine. La présence du sucre y est au moins contestable ; sur trois épreuves, les urines ont réduit une seule fois la liqueur cupro-potassique. Une injection hypodermique au chlorhydrate de morphine dans l'hypocondre droit, où le malade souffre principalement, calme sensiblement la douleur. On constate, en faisant la piqûre, l'anesthésie complète de la peau de cette région.

Puis, au bout de peu de jours, nous vîmes apparaître les vomissements incoercibles atrocement douloureux durant environ une semaine entière et ne cédant qu'au bromure de potassium administré à très-hautes doses. C'est alors qu'un nouvel examen (8 mai et suivants) plus approfondi permit de constater des troubles très-accusés du côté de la sensibilité des membres inférieurs (anesthésie) et de la motilité (marche titubante), incoordination dans les mouvements de progression. C'est alors aussi seulement qu'il nous a dit que le premier symptôme dont il s'était aperçu consistait dans une diminution dans l'intensité de la vision, qui a considérablement diminué depuis environ six ans. Comme il éprouve de la diplopie, il tourne l'œil gauche en dehors, afin de ne fixer les objets qu'avec celui du côté droit, ce qui fait qu'il se trouve constamment en état de strabisme externe. A cela, ajoutons de la diminution dans l'intensité et la longueur de la vision. Les pupilles sont un peu resserrées.

Enfin, il nous apprend que, depuis février, il n'a pas eu de rapports sexuels avec sa femme, qu'il n'a plus que de rares érections ; un peu de gêne dans la miction, qui a lieu quelquefois pendant un rêve et sans qu'il s'en aperçoive. Il urine aussi pendant la veille quelquefois sous lui et sans s'en apercevoir. Médication alors instituée : pilules de nitrate d'argent ; potion avec la teinture de noix vomique, 10 gouttes de chloral, bromure de potassium. Ce dernier médicament ayant amené un peu d'embarras gastrique, on le supprime le 8 mai. 27 mai, constipation, tympanite ; vomissements glaireux ; 2 juillet, retour des vomissements et de la tympanite. 9 et 10 août, le malade a été repris brusquement par les vomissements ci-dessus signalés (glaires et bile) incoercibles, atrocement douloureux, arrachant des cris au patient. Ils arrivent en quelque sorte par accès accompagnés d'efforts amenant immédiatement du tympanisme stomacal et intestinal. Battements du cœur et pulsations artérielles accélérées, ainsi que les mouvements respiratoires (8 gr. de bromure), glace, vésicatoires au marteau avec 1 cent. de morphine. A ce moment, la marche devient encore plus difficile ; il y a encore plus d'incoordination des mouvements qu'auparavant. 12, 13, 14 août, même état. Vomissements incoercibles qui sont à peine amendés par la glace et les vésicatoires au marteau sur la région épigastrique. Le malade pousse des cris si violents qu'on est obligé de le transporter dans une chambre particulière.

16. Cessation des accidents. Le malade est très-brisé et sa vue considérablement diminuée. 19 et 20 août, retour des vomissements, puis prostration : les douleurs stomacales persistent. 20 août, les vomissements commençant à reparaître, on administre une potion avec cinq gouttes de teinture d'iode. Sous l'influence de cette médication, les vomissements et les douleurs cessent complétement. En présence de la titubation, des troubles de la vision et de la motilité, M. le professeur Teissier a diagnostiqué

une sclérose du cervelet et fait une leçon sur l'histoire de ce malade. Il considère les vomissements comme étant liés à des hyperémies passagères des noyaux d'origine des nerfs pneumogastriques.

Le 21 août, on réexamine le malade, surtout au point de vue de la sensibilité. Des diverses épreuves pratiquées dans ce sens, il résulte :

a. — Que la sensibilité au toucher est peu ou pas altérée ni dans les bras, ni dans les jambes.

b.—La sensibilité à la douleur (piqûre d'épingle) est un peu émoussée, surtout aux jambes et aux pieds. Les piqûres déterminent de violents mouvements réflexes, un peu douloureux. Les sensations sont très-vives et presque douloureuses à mesure qu'on se rapproche du tronc. Enfin, retard dans la transmission de ces impressions au sensorium commune.

De plus, la sensibilité est excessivement émoussée aux pieds; anesthésie plantaire presque complète, un chatouillement énergique, ne provoque pas la moindre réaction. Enfin, nous avons omis de dire que l'épreuve du compas a toujours été positive et que le malade ne sent pas les deux pointes aux distances où elles sont perçues distinctement par un sujet bien portant.

c. — Le sens musculaire a presque complétement disparu; titubation, incoordination des mouvements avec un peu de propulsion en avant. Quand on dit au malade de vous toucher légèrement avec le pied, il vous frappe violemment et par un mouvement tout à fait automatique. On ne détermine pas non plus les tremblements caractéristiques par une pression sur la plante des pieds combinée avec une flexion de l'avant-pied, comme la chose a lieu chez les malades atteints de lésions organiques des centres nerveux (moelle épinière).

d. — Intelligence conservée : le malade tient beaucoup à ce qu'on pratique son autopsie pour éclairer l'histoire d'une maladie aussi singulière. Diminution de la mémoire, changement du caractère, devenu plus irascible. Fonctions digestives et nutrition : toujours un peu de constipation. Entre les accès de vomissements l'appétit est très-bon, les goûts un peu capricieux. Pneumatose à peu près complète. Matité hépatique diminuée. Pas la moindre tumeur ni empâtement dans la cavité abdominale.

Enfin, l'examen de la moelle épinière a été fait. Pas d'apophyse douloureuse. Sur le trajet de la colonne, l'éponge chaude est perçue chaude, l'éponge froide est sentie froide.

On fait uriner le malade. La miction est longue et difficile. La couleur des urines est normale ; elles ne contiennent pas d'albumine.

On continuera la teinture d'iode, puis le malade ira passer quelque temps à la campagne.

Le malade pour lors quitta l'hôpital. On ne l'a pas revu, et il n'a eu garde de donner de ses nouvelles, comme on le lui avait demandé.

Cette observation se passe de commentaires. Nous voyons un sujet depuis longtemps gastralgique présenter finalement des symptômes tellement caractéristiques, que l'existence d'une méningo-encéphalite diffuse a été admise sans balancer. Peut-

être un examen approfondi moins tardif eût-il permis de reconnaître à temps la véritable nature de la maladie ; car, ainsi que l'a fort bien établi M. Charcot, la sclérose des centres nerveux est une affection dont les lésions sont déjà constituées de toutes pièces quand on peut en asseoir le diagnostic ; si bien qu'on est entièrement impuissant à en modifier les effets. J'ajouterai, enfin, que le succès de la teinture d'iode pour arrêter les vomissements est encore une preuve de leur nature encéphalique, les aliénistes ayant été les promoteurs de cette méthode. L'observation suivante, fort analogue à la précédente, nous a été très-obligeamment remise par M. Charrin, interne distingué des hôpitaux, qui l'a recueillie dans le service de M. le docteur Clément, alors médecin de la salle Sainte-Elisabeth.

La voici textuellement :

Obs. II. — Giroud, né à Cublise, teinturier, trente-cinq ans, entré, le 14 avril, dans la salle Sainte-Elisabeth, n° 35.

Bonne santé anterieure. Pas de syphilis. Antécédents alcooliques que le malade ne cherche pas à dissimuler.

Troubles de la santé depuis deux ans. Se plaint de troubles gastralgiques pour lesquels il entre à l'hôpital. Presque tous les mois, le malade est pris d'accès de gastralgie excessivement intenses, lui arrachant des cris. Douleurs à l'épigastre avec irradiation dans le dos. En même temps, vomissements muqueux et bilieux à jeun, alimentaires ; dès que le malade veut prendre quelque chose. Ballonnement de l'épigastre, pyrosis. Ces accès durent quatre ou cinq jours.

Dans l'intervalle d'une crise à l'autre, pas de troubles dyspeptiques ; ses digestions sont régulières, à part un peu d'empâtement de la bouche et de pituite le matin. Constipation habituelle. Miction normale.

Le malade entre au moment d'une crise qui ne dura que le temps ordinaire et céda par la glace et deux grammes de bromure de potassium.

En interrogeant ce malade, on ne tarde pas à remarquer un véritable bredouillement. Toutefois, la crise passée, la difficulté du langage diminue, on ne remarque plus qu'un peu d'hésitation. Il est sujet aux maux de tête, a de fréquents vertiges ; sa mémoire a diminué. La force musculaire est moindre, principalement dans les membres inférieurs ; on ne trouve pas de perversion ni de trouble de la sensibilité, pas d'exagération des mouvements réflexes. La pupille droite est plus dilatée que la gauche. Pas de trouble de la vue.

Pendant tout son séjour à l'hôpital, le malade ne reprit pas ses accès gastralgiques, sa pituite avait en partie disparu. Tous les signes de la paralysie générale persistaient dans l'état que nous les avons indiqués, sans amélioration notable.

Le malade songeait à quitter le service quand, le 24 juin, il fut pris d'un nouvel accès survenu subitement le matin, à jeun. Douleur à l'épigastre,

irradiation entre les deux épaules ; répétition des symptômes que nous avons indiqués. La pression épigastrique le soulageait. De nouveau, nous pûmes constater une exagération des troubles de la parole avec tremblement de la lèvre inférieure. La même médication fut employée ; au bout de trois jours, la crise fut terminée.

Le malade conserva pendant quelques jours un peu de faiblesse, de courbature, puis tout revint à l'état normal. Le 13 juillet, il quittait le service, ne se ressentant plus de ses douleurs gastriques, mais ne présentant aucun amendement du côté de la paralysie.

Comme la précédente, cette observation n'a pas non plus besoin de commentaires. Ici, comme chez l'autre malade, la gastralgie fut le symptôme prédominant tout d'abord. Et il doit en être de même pour l'intestin comme pour l'estomac. J'ai toujours présent à l'esprit le souvenir d'un cas analogue, inexplicable à l'époque où je l'observai, et qui va trouver dans ces déductions une explication plausible. Il s'agissait d'un malade atteint, depuis plusieurs mois, de coliques atroces avec exacerbations si douloureuses qu'elles résistaient à tous les narcotiques. On ne pouvait songer à un néoplasme devant l'intermittence de ces douleurs et l'absence de toute cachexie. Il fallait bien porter un diagnostic, et l'on porta celui d'entéralgie. Je suis convaincu qu'un examen plus complet eût révélé des troubles nerveux et le début d'une ataxie. Je pourrais citer encore l'histoire d'un malade couché dans mon service, salle Sainte-Elisabeth, n° 26. Cet homme est ataxique, un examen minutieux nous l'a démontré. Et pourtant, depuis quelques mois, tous ces symptômes ont été voilés par ceux d'une sciatique atroce qui ne lui laisse aucun instant de repos. Elle a été chez lui le point de départ de l'ataxie, comme chez d'autres l'amaurose ou la gastralgie. Il doit exister, sans doute, une loi de propagation de la sclérose d'après laquelle il n'est pas indifférent que tel ou tel département du système nerveux soit primitivement et voire même accidentellement affecté. De nouvelles recherches éclaireront sans doute cette question.

Le troisième fait que nous allons rapporter n'est pas, à coup sûr, le moins intéressant de la série. Il s'agit d'un de ces cas dont j'ai parlé, où l'idée d'un néoplasme de l'estomac a pu venir à l'esprit, alors qu'il existait au contraire dans l'intérieur du cerveau. L'observation a été recueillie avec le plus grand soin sous nos yeux, par M. Galland, étudiant en médecine, et l'autopsie pra-

tiquée par nous-même sous les yeux du chef de service et d'un grand nombre d'élèves.

Obs. III. — Thomas Chauvin, né à Roche (Isère), entre, le 6 juin 1873, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Elisabeth, n° 3.

Ce malade, âgé de cinquante-sept ans et exerçant la profession de cultivateur, a toujours joui d'une assez bonne santé. Il y a quatorze mois environ, il commença à sentir une certaine pesanteur à l'estomac. Il eut des éructations, des borborygmes et du pyrosis; il était quelquefois sujet à de légers vomissements survenant presque aussitôt après le repas, qui paraissaient le soulager en lui débarrassant l'estomac d'une très-petite quantité d'aliments. Cette indisposition, malgré sa fréquence, ne l'empêchait pas d'être aussi fort qu'auparavant et de se livrer aux travaux les plus pénibles.

Dans cette première période, qui dura neuf mois, le malade n'eut aucun trouble de l'intelligence, ni des organes des sens ni de l'appareil de la locomotion. Il y a cinq mois, il fut pris de vomissements violents composés de matières noires couleur de café ou feuille morte et de bile; ces vomissements, qui arrivaient d'abord environ trois quarts d'heure après le repas, se rapprochèrent tellement du moment de l'ingestion des aliments, que ces derniers étaient jetés aussitôt après leur déglutition. En même temps, il avait une constipation opiniâtre qui mettait un espace de huit ou dix jours entre ses garde-robes. Depuis le mois de février dernier, il a cessé de travailler pour garder constamment le lit. C'est à ce moment qu'ont apparu les troubles du système nerveux, tels que perte légère de la mémoire, amblyopie, diplopie et faiblesse musculaire plus marquée du côté droit, dans le membre supérieur et inférieur.

Le père de ce malade est mort à vingt-quatre ans, d'une maladie qui paraît être une otite. Sa mère est morte à cinquante-sept ans, d'une tumeur blanche du genou. Il a perdu des frères en bas âge. Il paraît avoir été lui-même assez sobre : il vivait presque exclusivement de légumes; il n'a jamais fait abus de boissons alcooliques. Au moment de son entrée à l'hôpital, il vomit tous ses aliments aussitôt après leur déglutition; il est toujours constipé; sa langue est très-rouge sur les bords; au milieu, elle est recouverte d'un enduit blanchâtre et fendillé. Le teint de ce malade ne présente rien d'anormal.

A la palpation, on ne trouve point d'empâtements ni de tumeurs au creux épigastrique et dans toute la région occupée par l'estomac. A la percussion, on a de la sonorité partout. Rien du côté des urines.

J'ai déjà dit que les troubles encéphaliques avaient débuté, au mois de février dernier, par une perte légère de la mémoire, de l'amblyopie, de la diplopie et une faiblesse musculaire plus marquée du côté droit, dans le membre supérieur et inférieur : ces symptômes sont plus marqués aujourd'hui; de plus, le malade a des vertiges, des bourdonnements d'oreille et un hoquet fréquent, prolongé, qui est survenu quelques jours environ avant son entrée à l'hôpital. — La sensibité n'est atteinte nulle part. La motilité est plus compromise : le malade a beaucoup de peine à remuer ses jambes, surtout la droite; il ne peut se tenir debout et tombe toujours du

côté droit. Sa main droite serre moins fortement que la gauche. Les membres inférieurs sont plus émaciés que les membres supérieurs. Il n'y a point de tremblement. Rien du côté des pupilles. Sur la face dorsale de la main gauche se trouve une tumeur arrondie fluctuante au sommet, dont la peau commence à s'altérer et qui laisse échapper par une fistule placée au sommet une sérosité citrine. En même temps que ce malade entrait à l'hôpital, ses vomissements cessaient, mais ses hoquets devenaient plus fréquents et plus prolongés; puis, trois jours avant sa mort, il tombait dans le délire; mais, le soir qui l'a précédée, il avait repris connaissance. Enfin, il expirait le 14 juin. Il y a toujours eu une apyrexie complète.

Autopsie. — Le cerveau ayant été renversé pour en bien étudier la base, on découvre une tumeur de la grosseur d'une noisette, siégeant sur la partie latérale droite du bulbe rachidien, atteignant par sa partie interne le plancher du quatrième ventricule et comprimant en même temps les origines du pneumogastrique dans une assez grande étendue. La pyramide, l'olive et le corps restiforme du côté droit sont ramollis par suite de la compression qu'ils ont subie, ainsi que le pédoncule cérébelleux inférieur du même côté.

Les viscères sont intacts. Sur la muqueuse de l'estomac, quelques taches ecchymotiques de la grosseur d'une tête d'épingle, probablement de nature cadavérique. L'examen anatomique du doigt malade révèle l'existence d'une synovite fongueuse de la gaîne du tendon de l'extenseur propre de l'index, ainsi que de l'articulation la plus voisine.

La tumeur cérébrale, du volume d'une petite noisette, est dure et bilobée. A la coupe, elle paraît constituée par une substance solide, de couleur jaunâtre, avec zones de même couleur et plus claires.

D'après l'examen histologique pratiqué par M. D. Mollière, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu, cette tumeur est formée par un amas considérable d'éléments embryonnaires petits, arrondis vers le centre; ces éléments ont subi la dégénérescence granuleuse. Il s'agit donc d'un sarcome.

Voici à coup sûr une observation fort complexe ; aussi, dès l'abord, on fut indécis sur le jugement à porter. L'existence de cette tumeur au doigt, jointe à ces symptômes gastriques si accusés, firent songer un instant à l'existence de produits sarcomateux généralisés ayant leur point de départ dans l'estomac, les symptômes cérébraux devant être mis sur le compte de l'inanition, puisque aucun aliment ne pouvait être conservé depuis déjà quelque temps. Cependant l'existence de troubles plus accentués, surtout la titubation pendant la marche, la diplopie et le mode de production des vomissements commencèrent à nous inspirer quelques doutes. Nous avons dit plus haut que ces derniers étaient accompagnés et suivis de hoquets plus ou moins prolongés et violents ; or, à ce degré, ils sont rares dans le cancer, et les vomissements brusques et rapides doivent être plutôt attri-

bués à une cause de nature cérébrale ou directe qu'à une origine stomacale ou réflexe. Ces diverses considérations commençaient à éloigner de notre pensée l'idée d'un néoplasme, quand la découverte de nouveaux signes vinrent définitivement nous faire rejeter cette opinion. Nous fîmes mettre le malade sur ses jambes et vîmes qu'il avait entièrement perdu toute possibilité de se maintenir en équilibre, abstraction faite de la faiblesse musculaire. Ajoutons à cela l'amblyopie due à l'inanition et la diplopie, et le doute n'était plus permis ; nous avions affaire à une tumeur cérébrale siégeant près du mésocéphale ou dans le cervelet, avec symptômes gastriques dus à la compression du noyau d'origine des nerfs vagues. Le diagnostic anatomique s'imposait. La titubation et les vomissements ne pouvaient s'expliquer que par une lésion du cervelet et du bulbe. L'existence du vomissement me fit penser plutôt à ce dernier, et l'autopsie m'a donné raison.

Ce diagnostic une fois posé, restait à le parfaire en établissant la nature du néoplasme dont on venait de si bien découvrir la place. Etait-ce à des parasites, à un cancer, à des tubercules ou à un sarcome que l'on avait affaire. La rareté de la première de ces affections suffit pour nous la faire rejeter. Il en fut de même du cancer : l'absence de cachexie, la marche lente de la maladie étaient peu propres à nous faire admettre cette lésion. De même encore du tubercule, contre lequel l'âge du sujet, ses antécédents et sa constitution ne permettaient pas de porter un semblable diagnostic. Seule, l'existence dans l'encéphale de tumeurs strumeuses analogues à celle que le malade portait au doigt pût être un instant soupçonnée. Mais, outre que ces tumeurs strumeuses sont fort rares et plus encore leur généralisation, le malade avait dépassé l'âge auquel les manifestations suraiguës de la scrofulose sont susceptibles d'apparaître dans les centres nerveux. Restait donc la vaste classe des sarcomes, qui, d'après Virchow et tous les pathologistes, fournit la majorité des tumeurs de l'encéphale. Signes de néoplasme sans cachexie, âge moyen de la vie; pas de syphilis antérieure ; marche lente, mais progressive, terminaison fatale : telle est la manière de procéder de cet ordre de tumeurs. Tel aussi est le diagnostic qui fut porté et que l'autopsie, avec examen histologique, est encore venue confirmer.

DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES BAINS FROIDS A LYON;

Par M. Frantz Glénard, interne des hôpitaux.

(Suite). — (Voir les numéros 3 et 4.)

Obs. XIV. — (Hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Irénée. Service de M. le docteur Soulier, observation de M. de Finance, interne du service), n° 44. Chanteur, 26 ans, entré le 22 août, sorti le 21 septembre. Durée du séjour, 30 jours. Début 3 jours — Durée du traitement, 21 jours. — 98 bains, Défervescence le sixième jour, après 43 bains. — Durée de la maladie, 24 jours; de la convalescence, 9 jours. Guéri.

Obs. XV.—(Idem, n° 49). Poupée, 18 ans, entré le 28 août, sorti le 15 septembre. — Durée du séjour, 18 jours. — Début, 8 jours. — Durée du traitement, 8 jours. — 55 bains; défervescence dès le troisième jour, après 10 bains. — Durée de la maladie, 16 jours; de la convalescence, 10 jours. Guéri.

Obs. XVI. — (Idem. Observation de M. Bourguet, interne du service), n° 13. Similion, 23 ans, 1er décembre, 31 décembre. — Durée du séjour, 30 jours. *Forme adynamique grave.* Début, 8 jours. — Durée du traitement, 18 jours. — 75 bains; défervescence le sixième jour, après 35 bains. — Durée de la maladie, 26 jours; de la convalescence, 13 jours. Guéri.

Obs. XVII. — (Idem, n° 40). Guillot, 22 ans, du 8 au 22 décembre.—Durée du séjour, 14 jours. Forme légère. — Début, 9 jours. — Durée du traitement, 8 jours. — 30 bains. (A partir du quatrième jour du traitement, les bains sont donnés seulement au-dessus de la T. R. de 39°). Défervescence dès le premier jour. Durée de la maladie, 17 jours; de la convalescence, 4 jours. Guéri.

Obs. XVIII.— (Hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Nizier. Service de M. le docteur Français, observation de M. Chaboux). Court, 18 ans, entré le 15 octobre, sorti le 5 novembre. — Durée du séjour, 20 jours. — Début, 9 jours. — Durée du traitement, 11 jours. — 54 bains; défervescence graduelle dès le troisième jour après 12 bains. - Durée de la maladie, 20 jours; de la convalescence, 9 jours, Guéri.

Obs. XIX. — (Idem, n° 17). Pigeon, 33 ans, entré le 16 octobre, sorti le 7 novembre. — Durée du séjour, 21 jours. — Début, 7 jours. — Durée du traitement, 11 jours. — 71 bains. — Durée de la maladie, 18 jours; de la convalescence, 10 jours. Guéri.

Obs. XX. — (Idem, obs. de M. Albert). Girodoux, 18 ans, entré le 12 novembre, sorti le 12 décembre. — Durée du séjour, 31 jours. — Début, 5 jours. Durée du traitement, 23 jours. — 92 bains. — Durée de la maladie, 27 jours; de la convalescence, 8 jours. Guéri.

Obs. XXI. — (Idem, salle Sainte-Blandine, service de M. le docteur Français, suppléé par M. le docteur Schaak, obs. de M. Chaboux, suppléé par

M. Teissier, interne du service). Marie Guillot, 23 ans; du 16 septembre au 28 octobre. — Durée du séjour, 42 jours. *Forme ataxo-adynamique très-grave.* — Début, 13 jours, après 10 jours de prodrômes. Durée du traitement 18 jours. — 120 bains; défervescence le treizième jour après 92 bains. — Durée de la maladie, 31 jours; de la convalescence, 18 jours, — Guéri.

Voici son histoire en peu de mots :

Réglée depuis l'âge de quinze ans, hystérique, menstruation en retard de quinze jours. Du 16 au 22 septembre, jour où l'on soumet la malade au traitement par les bains froids, on observe les symptômes suivants : céphalée intense, surexcitation nerveuse, visage vultueux, hallucinations, diarrhée, vomissements fréquents. Pouls de 100 à 120. T. A. oscillant entre 39°8 et 40°6. Le 19 septembre, taches rosées, gargouillement, subdelirium. Le 20 et 21, délire, fuliginosités, ataxie. La malade refuse tout aliment, toute boisson.

22 septembre, traitement par la méthode Brand. Dès le second bain, disparition des symptômes ataxiques, qui laissent à découvert une profonde adynamie, un aspect comateux.

26. Syncope dans le bain. Pas d'interruption dans le traitement.

25. Appétit.

27. Etat général satisfaisant.

30. Entérorrhagie à deux reprises, une dans le bain, la seconde deux heures après. T. R. 40°5. R : Compresses glacées sur le ventre. Pas de suspension des bains.

1er octobre et jours suivants : amélioration, faim. La température qui, jusqu'au 4 octobre, avait oscillé autour de 40°, présente, à partir de ce moment, une défervescence graduelle. — Le 6, le 7, la malade ne prend que quatre bains.

8. Appétit insatiable, régime animal.

9. Suppression des bains, apparition des règles. Abcès sous-épidermiques (1).

10 et jours suivants, l'état général reste excellent, les abcès suivent une marche régulière, toutefois en causant sur le tracé thermométrique un arc régulier dont le fastigium 39°7 est atteint en sept jours, puis oublié en cinq jours.

22. Santé parfaite, un peu de faiblesse.

A aucun moment il n'y a eu la moindre menace d'eschare.

C'est bien là une observation qui démontre que, pour appliquer la méthode, il faut avoir foi en elle.

A la suite de quelques hésitations, le traitement est appliqué seulement le treizième jour de la maladie. La forme adynamique

(1) Ces petits abcès n'ont, bien entendu, rien de pyémique. Ils n'ont, comme les exanthèmes furonculeux, du reste, d'autre intérêt que celui d'un épisode passager de la convalescence. Ces manifestations cutanées nous ont paru être plus confluentes et plus intenses dans les formes ataxiques.

est masquée par l'ataxie pendant les premiers jours et, comme les bains ont une action brusque sur celle-ci, l'adynamie apparaît, dès leur emploi, avec une intensité qu'on serait, si l'on n'était prévenu, tout disposé à rapporter au mode de traitement employé.

Au dix-neuvième bain, à minuit (quinzième jour de la maladie), il y a *syncope* dans le bain; les frictions, l'éther, les excitants en firent rapidement justice. Trois heures après, la température était de 40°2. Considérant, avec Brand, que la syncope est un accident sans suites, comparée à l'excès de température, je fis mettre, en ma présence, la malade au bain, après lui avoir administré une gorgée de vin vieux. La température de l'eau était comme avant de 20°; l'affusion froide sur la tête ne fut pas négligée; seulement on massa (1) énergiquement la malade dans le bain, et son attention fut constamment maintenue éveillée. Cet accident ne se renouvela pas.

Du reste, et il est juste de le mentionner, cette syncope qui n'a été vue par aucun médecin, qui a été si fugace, et que je signale d'après la narration que m'en a faite l'infirmier, n'avait très-certainement qu'une fort lointaine analogie avec la forme autrement inquiétante, autrement significative que Wunderlich (2) décrit si bien sous le nom de *collapsus* (refroidissement des extrémités, cyanose, extinction du pouls radial, maintien ou chute excessive de la témpérature élevée, etc.); que Ziemssen (3) attribue à une amyosthénie cardiaque, une systole insuffisante, dont il combat très-efficacement, dit-il, la persistance avec la potion de Stokes (4), et à l'aide de frictions qui, facilitant la répartition de la masse sanguine, diminueront la tension dans les gros troncs vasculaires et soulageront d'autant le travail du cœur.

---

(1) Le massage dans le bain présente un double avantage : il favorise la réfrigération en multipliant et renouvelant incessamment les contacts avec l'eau froide : le malade s'en plaint à ce point de vue et le frisson éclate plus tôt; il trouble la passivité des typhiques, dont l'inertie dans le bain effraie bien davantage que ses plaintes ou sa résistance.

(2) Archiv. für Heilkunde. Bd. II, 1861, page 289 et suivantes.

(3) Ziemssen und Immermann, die Kaltwawerbehandlung des Typhus abdominalis, Leipzig, 1870.

(4) Cognac 60,0
Jaune d'œuf n° 1.
Eau de cannelle 60,0.
Sirop de sucre 30,0.
M. D. S. une cuillerée toutes les heures.

Brand n'a jamais à lutter contre cet accident, qu'il met sur le compte de la dégénérescence cireuse du muscle cardiaque, lésion tardive due aux excès prolongés de température : il ne croit donc pas à sa possibilité lorsque le traitement est appliqué dès le début. Dans les périodes plus avancées de la maladie, chez les sujets extrêmement affaiblis (le pouls sert alors de critérium), Brand recommande de faire précéder chaque bain d'une cuillerée, deux au besoin, d'un vin généreux ; en agissant ainsi, on n'aura pas de surprise à redouter. D'ailleurs, il faut bien se garder de suspendre le traitement dans les cas de collapsus, syncope, lipothymie, etc. Ces symptômes de myosite cardiaque sont indépendants du bain, et, d'un autre côté, constituent toujours un signe pronostique de mauvais augure. Ce ne serait vraiment pas la peine de recourir à un nouveau traitement de la dothiénentérie si on devait s'en méfier et le repousser toutes les fois que le cas devient grave, que survient un accident sérieux compromettant pour la vie : on ne serait alors pas plus avancé qu'avec les médicaments.

J'arrive à *l'entérorrhagie*, complication redoutable, bien que Trousseau et, avant lui, Kennedy et Graves l'aient considérée comme une crise de favorable augure. Tout fait présumer que, chez notre malade, nous n'aurions pas eu à lutter contre cette complication, si le traitement eût été appliqué plus tôt ; car jamais Brand ne l'a observée chez les malades traités dès le début; en second lieu, c'est celle à laquelle on doit le moins s'attendre avec la méthode Brand, puisque l'intégrité fonctionnelle des organes digestifs, l'absence bien avérée de dyspepsie, de diarrhée, de météorisme, l'appétit constant dans tous les cas régulièrement traités, tout, en un mot, permet de supposer — ce que pourrait vérifier une autopsie, si la méthode le permettait — que les lésions intestinales, génératrices des hémorrgagies avortent ou, tout au moins, n'atteignent pas la période ulcérative ; et, d'un autre côté, il n'y a pas encore, au huitième jour de la typhoïde, cette dyscrasie du sang, cette hémophilie que crée le virus typhique abandonné pendant longtemps à lui-même.

Quoi qu'il en soit, chez la malade de Sainte-Blandine, l'eau du bain, à onze heures du soir (huitième jour du traitement, vingt-unième de la maladie), fut teintée de sang (1). A la seconde hé-

(1) Le flux cataménial, l'avortement, que leur coïncidence avec le bain peut

morrhagie, qui eut lieu deux heures après dans le lit, je trouvai environ 200 grammes d'une matière visqueuse, homogène, couleur de goudron ; comme il n'y eut à ce moment aucun signe d'une perte de sang un peu abondante (ni pâleur des téguments, ni faiblesse, ni collapsus, etc.), que l'hémorrhagie paraissait remonter à plusieurs heures déjà, que la T. était de 40°3, la malade dut prendre son bain, par la même considération que j'ai fait valoir plus haut. Seulement il fut recommandé de changer coup sur coup des compresses glacées sur l'abdomen dans l'intervalle des bains. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas (1).

Dans les cas où l'entérorrhagie est plus abondante, Brand fait suspendre les bains et insiste énergiquement sur la réfrigération dans le lit à l'aide de vessies de glace, et sur le repos absolu dans le décubitus dorsal.

On nous dit : ... Mais avec vos bains vous devez favoriser les hémorrhagies intestinales : l'intestin est ulcéré (on ne parle donc, dans ce cas, que des intestins typhiques soumis tardivement à la méthode), et le bain froid, en ischémiant la périphérie, congestionne les viscères dans lesquels doit affluer le sang, augmente la tension des vaisseaux entériques, d'où hémorrhagie au niveau des plaies. Ce qui prouve ce reflux sanguin, c'est l'élévation de la température au moment du *choc*...

Il y a bien là quelque vraisemblance, à la vérité. Pour répondre à cette objection, M. le docteur Soulier a institué et j'ai fait avec lui les expérience suivantes :

1° Nous avons plongé dans des bains de 8° à 14°, soit des lapins, soit des cabiais préalablement rasés, et le thermomètre, placé auparavant dans leur rectum et maintenu avec lui au-dessus de l'eau, n'a pas, à six épreuves différentes pratiquées sur des animaux différents, montré la moindre élévation de température. Au

---

faire confondre avec l'entérorrhagie, ne constitueraient en aucune manière des contre-indications au traitement.

La crainte d'un avortement ne doit pas faire rejeter le bain froid. Car la fièvre typhoïde cause fréquemment par elle-même cet accident : d'après la statistique de Bourgeois (cité par Cazeaux, Joulin, Jacquemier), il y a eu sur seize cas de typhoïde grave chez des femmes enceintes d'un mois, douze avortements ; sur quinze cas chez des femmes au septième mois, neuf accouchements prématurés.

(1) C'est à l'aimable obligeance de mes collègues à l'hôpital de la Croix-Rousse que je dois d'avoir observé quatorze fièvres typhoïdes dans mon service en moins de quatre mois et d'avoir pu suivre de près celles des autres services. Qu'ils en acceptent ici l'expression de ma sincère reconnaissance !



bout de deux ou trois secondes, le niveau mercuriel commençait à s'abaisser : ces résultats sont en tout conformes à ceux fournis par les expériences de Murri sur l'homme (1).

2° Placés dans une étuve de 40°, nous avons mis à jour la muqueuse de l'iléon d'un lapin vivant, muqueuse exposée ainsi à un milieu dont la température n'était pas inférieure à celle de l'animal, et nous l'avons plongé dans un bain de 15°, en ayant bien soin que plaie et intestins fussent exactement préservés du contact de l'eau. Or, au moment de l'immersion, la muqueuse a très-manifestement pâli, ses capillaires se sont vidés, et les mouvements vermiculaires se sont précipités, entraînant avec eux les matières intestinales.

Cette expérience, pratiquée sur un second lapin, puis sur un cabiai avec des résultats identiques et parfaitement nets, ne prouve-t-elle pas qu'il y a, sous l'influence brusque du froid, contraction presque simultanée de tout le système capillaire, état *psychrotonique* (? ψυχρός, froid), qui doit s'accompagner d'une augmentation de tension dans les gros troncs — ce qu'il faut bien admettre — et dans les artères de moyen calibre — ce que prouvent mes tracés (2).

Il semblerait, au premier abord, que cette augmentation de tension doit favoriser la syncope chez les sujets à myocardite régressive; mais, de même que le froid agit sur les petits vaisseaux en provoquant la contraction de la tunique musculaire et diminuant leur lumière, de même nous paraît-il, d'après tout ce qu'on sait sur l'action physiologique du bain froit, se comporter à l'égard de la musculature cardiaque : il la galvanise à la manière

(1) *Du pouvoir régulateur de la température animale*, par le docteur Aug. Murri, adjoint à la chaire de clinique médicale à l'université de Rome. Revue critique par le docteur H. Charvet, IN *Lyon-médical*, T. XIII, n°6, 3 août 1873.

(2) En laissant de côté son rôle pathogénique, j'ajouterai que la diminution de tension du sang dans la fièvre typhoïde est prouvée par l'accélération du pouls (Héring retire brusquement quinze à seize livres de sang à des chevaux et voit le pouls s'élever aussitôt de quarante à quatre-vingts pulsations), par son dicrotisme (Marey), par la diminution de l'urine (Béclard, *Traité élémentaire de physiologie*, 5e édition, p. 189), par la présence fréquente d'albumine dans cette humeur (expérience de Krimer, Brachet, Mueller et Peipers, qui, ayant coupé les nerfs que reçoit le rein, ont vu l'urine devenir légèrement albumineuse). Cet élargissement passif ou par paralysie que Schiff obtient par la section des nerfs vasculo-moteurs, serait ici produit par l'excès de température comme le prouvent l'action contraire du froid et ce fait expérimental que, lorsque l'homme est resté 30, 20, 10 minutes dans des étuves à + 45°, à + 50°, à + 90°, le pouls, qui battait 75 pulsations à la minute, s'élève à 120, 145, 164 (Béclard, p. 479).

de la digitale, mais sans présenter les dangers (intolérance, accumulation de doses ou d'action) inhérents à l'emploi prolongé de ce poison. Le froid n'est-il pas un remède banal de la syncope? Du reste, on n'observe jamais cet accident au début du bain, au moment du choc; il peut se présenter, au contraire, après le bain, lorsque celui-ci n'a pas refroidi, ou surtout lorsqu'une réaction provoquée et intempestive vient brusquement substituer, pour le cœur, une cause de dépression (voir plus haut) à l'énergique stimulation que lui avait imprimée le froid. Ces mêmes considérations peuvent s'appliquer aux cas d'affections valvulaires, lesquelles ne constituent aucune contre-indication à la méthode Brand.

En résumé, loin de causer les congestions viscérales, le froid serait puissant à les résoudre; c'est vrai, en fait, puisqu'il jugule le délire et la céphalalgie, puisqu'il prévient ou dissipe les hypostases, phénomènes observés à chaque pas dans la clinique.

Si pourtant l'on veut encore argumenter contre les bains, en nous opposant les 16 entérorrhagies que Wunderlich a observées sur ses 155 typhiques traités par l'eau froide, le docteur V. Wunderlich fils (1), répondra dans un mémoire remarquable d'érudition, de lucidité, de sincérité sientifique.

1° Aucun n'est mort, tandis que la mortalité moyenne des entérorrhagies, de 31, 2 p. 100 (Griesinger) s'est quelquefois élevée au chiffre de 71,4 °/₀ (Duchek) et même de 82,4 °/₀ (Cérouville).

2° Il y a eu une influence de série, de constitution épidémique indéniable.

3° Dans quatorze cas sur seize, l'hémorrhagie eut lieu très-longtemps après le dernier bain (douze heures au moins), et encore avait-elle été précédée, dans cet intervalle, de selles non sanguinolentes.

4° Enfin, comme conclusion, c'est grâce aux bains froids que l'hémorrhagie a été et doit être sans danger, innocente même, puisque ce traitement, qui conserve les forces en annulant la

(1) V. Wunderlich, ueber Darmblutungen bei Typhus abdominalis unter der Kaltwasserbehandlung in Leipzig. *Arch. der Heilkunde* 1872, p. 480-501. C'est le mémoire qu'a analysé M. le professeur Béhier dans sa leçon clinique (loc. cit.).

Il ne faut pas oublier, pour l'appréciation du traitement par les bains, que Wunderlich emploie la méthode de Brand modifiée, son procédé consistant à n'administrer de bain que lorsque la température atteint 39°8 le matin ou 40° le soir.



consomption fébrile et assurant la régularité des fonctions digestives, est celui qui met le malade dans les meilleures conditions pour supporter une perte de sang.

Obs. XXII. — (Idem. Service de M. le docteur Français, observation de M. Chaboux). Marie Béraud, 17 ans, entrée le 19 octobre, sortie le 21 septembre. — Durée du séjour, 23 jours. *Forme grave.* — Début, 8 jours. — Durée de traitement, 23 jours, — 102 bains ; défervescence, le 6e jour, après 26 bains. — Durée de la maladie, 33 jours ; de la convalescence, 7 jours. Guérie.

Avant de tomber malade, Marie Béraud avait rendu visite à sa sœur, atteinte de fièvre typhoïde.

Obs. XXIII.—(Idem, observ. de M. Albert). Marie Poulat, 16 ans, entrée le 17 novembre, sortie le 17 décembre. — Durée du séjour, 30 jours. — Début, 10 jours. — Durée du traitement, 20 jours. — 88 bains. — Durée de la maladie, 31 jours ; de la convalescence, 9 jours. Guérie.

M. le docteur Faivre, appelé en ville auprès de la malade, jugea le pronostic fatal et fit accepter, comme ultime ressource le traitement par les bains froids, qui dut se faire à l'hôpital. Il y avait à ce moment une angine si intense que le médecin précédent avait porté le diagnostic et institué le traitement d'une angine diphthéritique. L'angine, la dysphagie (la malade ne pouvait rien ingérer) disparurent dès le troisième bain (1).

Obs. XXIV. — (Hôtel-Dieu (2), salle Saint-Martin, service de M. le docteur Chavannes, observ. de M. Dubief, interne du service, n° 22). Auguste Laurent, 19 ans, du 25 octobre au 5 décembre. Durée du séjour, 41 jours. *Forme adynamique grave.* — Début, 8 jours. — Durée du traitement, 26 jours — 207 b. Les excès alimentaires causèrent un stade amphibole suivi d'une seconde défervescence, comme dans l'observation VIII. — Durée de la maladie, 34 jours ; de la convalescence, 13 jours. Guéri.

Obs. XXV. — (Idem, n° 2). Cl. Magnard, 20 ans, du 25 octobre au 19 novembre. — Durée du séjour, 25 jours. — Début, 13 jours. — Durée du traitement, 11 jours. — 84 bains. — Durée de la maladie, 24 jours ; de la convalescence, 8 jours. Guéri.

---

(1), Amygdalotyphus, d'après les recherches et les conclusions de Frey (*Vierteljahrshrift der naturforschenden Gesellschaft in Zürch*, 1862. Bd. VII).

D'après Griesinger (*Traité des maladies infectieuses*, p. 235), les processus pharyngés de nature croupale ou diphthéritique, n'appartiennent qu'aux cas graves et d'un cours anormal. La détermination pharyngée amène la mort dans la majorité des cas.

(2) A l'Hôtel-Dieu, les typhiques sont d'abord dirigés sur les différents services de fiévreux, puis de là, si le chef de service croit à la méthode Brand, envoyés à la salle spéciale du traitement par les bains

OBS. XXVI. — (Idem, n° 1). Bonino, 20 ans, du 27 octobre au 19 novembre. — Durée du séjour, 23 jours. — Début, 8 jours. — Durée du traitement, 18 jours. — 108 bains ; défervescence le cinquième jour, après 33 bains. — Durée de la maladie, 26 jours ; de la convalescence 5 jours. Guéri.

OBS. XXVII. — (Idem, observ. de M. Chandelux, n° 2 (bis), Bordoni, 17 ans, du 16 novembre au 9 décembre. — Durée du séjour, 23 jours. *Forme ataxique très-grave*. — Début, 4 jours. — Durée du traitement, 20 jours. — 139 bains ; défervescence le dix-septième jour, après 104 bains (excès alimentaires). — Durée de la maladie, 24 jours ; convalescence chez lui. — Revu plus tard guéri.

OBS. XXVIII. — (Idem, n° 23). A. Bonnet, 38 ans, du 4 au 19 novembre. —Durée du séjour, 15 jours. *Forme ataxique*. — Début, 14 jours —Durée du traitement, 4 jours. — 16 bains ; la température n'a pas atteint 40°. (Le malade ne figurera pas dans ma statistique). Durée de la maladie, 18 jours ; de la convalescence, 11 jours. Guéri.

OBS. XXIX. — (Idem, n° 1). Lance, 17 ans, du 23 novembre au 8 décembre. — Durée du séjour, 15 jours. — Début, 10 jours. — Durée du traitement, 10 jours. 61 bains ; défervescence le quatrième jour, après 31 bains. — Durée de la maladie, 20 jours ; de la convalescence, 5 jours. Guéri.

OBS. XXX. — (Idem, n° 23 bis). Zaccone, 21 ans, du 25 novembre au 9 décembre. Durée du séjour, 14 jours. — Début, 6 jours. — Durée du traitement, qui fut incomplet (le malade ne sera pas compté dans la statistique), 6 jours. — 14 bains ; défervescence le troisième jour après 8 bains. — Durée de la maladie, 12 jours ; de la convalescence, 8 jours. Guéri.

Une sciatique très-douloureuse ou que le malade exagérait sans doute pour ne pas prendre de bain, sciatique (coïncidence ou complication ?) qui éclata pendant sa fièvre typhoïde avant le traitement balnéaire, obligea M. le docteur Chavannes à restreindre le nombre des bains, qui ne furent donnés qu'au-dessus de 39°5 dès le troisième jour du traitement. La fièvre était bénigne, du reste ; la sciatique ne fut nullement modifiée, ni en bien ni en mal, par l'emploi des bains froids (1).

La diathèse rhumatismale ne serait pas une contre-indication à la méthode. Peut-on parler hydrothérapie et rhumatisme sans songer aux trois célèbres observations du docteur Fox, qui, à l'aide d'un ou deux bains *glacés*, rendit à la vie ces formes de rhumatisme aigu, toujours mortelles, ces formes, marquées par une excessive température (jusqu'à 42°8) et « qu'on a confondues, avec la supposition d'une métastase sous le nom de rhumatisme

(1) Voir les procès-verbaux de la Société de médecine, IN *Lyon Médical* de mars 1874.



cérébral (pas de lésion du cerveau ou des méninges), Fox (1). »

« Je n'ai pas besoin, dit à ce propos le professeur Lasègue, dont l'appréciation est très-vraie, de faire ressortir les analogies et les différences du traitement usité par le docteur Fox et de celui des médecins allemands. Le premier ne s'adapte qu'à une transformation extrême et ne paraît modifier la maladie que lorsqu'elle a, pour ainsi dire, cessé d'être un rhumatisme articulaire ; l'autre est la médication recommandée pendant toute la durée de la fièvre, à tous ses degrés et à toutes ses formes (2). »

(*La fin prochainement.*)

SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LYON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE.

Présidence de M. Girin.

Séance du 9 février 1874.

M. Desgranges, avant de quitter le fauteuil de la présidence, remercie la Société, et en particulier les membres du bureau du concours qu'ils lui ont apporté et qui a facilité sa tâche.

M. Girin, en prenant place au fauteuil de la présidence, remercie la Société de l'avoir appelé à diriger ses débats ; puis il invite à prendre place M. Rodet, vice-président, et MM. Létiévant et Marduel, secrétaires adjoints.

La Société a reçu :

Une lettre du ministre de l'instruction publique invitant la Société à se faire représenter au Congrès des Sociétés savantes, qui aura lieu à la Sorbonne les 8, 9, 10 et 11 avril. — Divers journaux de médecine.

---

(1) Fox n'a jamais vu guérir de rhumatisme aigu ayant dépassé la T. 41°. Il considère ce chiffre comme une formelle indication au bain.

J'ajouterai, à ce propos que, dans toute maladie, quelle que soit d'ailleurs son essence, dans laquelle l'aggravation peut être attribuée avec quelque raison à l'excès de température (se présentant, dans ce cas, à titre de symptôme d'une complication et non plus de symptôme essentiel, comme dans la typhoïde), il est rationnel de s'adresser à la réfrigération. C'est ainsi que Brand administra les bains froids dans un cas d'*érysipèle traumatique à forme typhoïde*. Le malade (que je connus plus tard à Stettin) fut guéri. L'espace ne me permet pas de transcrire cette observation, qui est vraiment très-convaincante.

(2) *Archiv. de méd. 1872*, mai, p. 586. *Du traitement des maladies aiguës par l'eau froide*, par le docteur Charles Lasègue.

Suite de la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

M. Passot. Dans une question si importante, chacun doit exprimer son opinion, et si je ne viens pas faire échec aux observations convaincantes produites en faveur de la méthode, j'avoue que je suis étonné des résultats obtenus. M. Soulier a dit que le grand point était de combattre l'élévation de la température ; mais je crois qu'il faut aussi établir des différences entre les fièvres typhoïdes et tenir grand compte du génie épidémique. Je pense, comme M. Girin, que si l'on fait abstraction des selles provoquées par lui, le bain n'a pas toute la valeur qu'on lui accorde ; or, dans ce sens, la méthode de Delarroque rend de grands services, en amenant un changement dans la nature des selles. La méthode de Brand n'est pas applicable à tous les cas ; d'une part, si elle est facile à mettre en œuvre à l'hôpital, il n'en est plus de même ailleurs ; d'autre part, on n'a pas songé aux enfants. Chez eux pourtant la fièvre typhoïde est fréquente, comme l'ont démontré les statistiques de MM. Taupin. Andiganne, Stœber et Barrier ; chez ces malades, la méthode sera d'une application difficile, la maladie d'ailleurs est moins grave ; donc il y a là une restriction à faire. M. Rodet a rapporté trois observations de méningite guéries par les applications de glace ; il a été très-heureux ; mais il faut se rappeler que chez les enfants le diagnostic n'est pas toujours facile entre la méningite et la fièvre typhoïde. Pour ce qui est des affusions froides, elles peuvent rendre d'immenses services dans le traitement de la fièvre typhoïde ; en 1838 et 1839, Récamier et Gendrin en faisaient un large emploi, et avec succès. J'ai vu avec plaisir M. Chavanne faire des réserves ; il a observé qu'après cent ou cent trente bains, l'abaissement de la température n'était pas même d'un degré ; on combat donc par le bain froid moins l'élévation de la température que les phénomènes nerveux, l'ataxie. Mais M. Chavanne n'accorde pas une importance suffisante à la tache lenticulaire, qui a pourtant une si grande valeur, puisqu'elle existe toujours dans la fièvre typhoïde et ne se rencontre dans aucune autre maladie. M. Perrin a critiqué l'emploi du thermomètre ; c'est un instrument de précision, plus exact que la main, dont il faut user mais non abuser, surtout en tenant compte du lieu d'élection. On a parlé de l'hyperesthésie des orteils ; elle est heureusement assez rare, mais extrêmement douloureuse. J'estime enfin que, par les méthodes ordinaires, on guérit au moins neuf fièvres typhoïdes sur dix.

M. Foltz. Je viens apporter mon tribut à la question ; si je n'ai pas employé la méthode de Brand dans la fièvre typhoïde, j'ai du moins fait quelques expériences sur l'emploi de l'eau froide. Au mois de mars 1873, je fis sur moi-même une expérience avec les lavements froids, à l'occasion d'une constipation que je combattais par ce moyen ; je voulus étudier quelques-uns de leurs effets physiologiques.

Première expérience. Un matin, entre six et huit heures, je pris successivement huit lavements d'eau froide à environ 8°, de la contenance d'un litre chacun. Je gardai chaque lavement cinq à six minutes, en faisant quelques frictions de bas en haut sur l'S iliaque, pour répandre le liquide

aussi loin que possible dans le gros intestin; colique légère et contraction intestinale. Mon pouls, de 65 pulsations au commencement de l'expérience, tomba graduellement à 46 ; j'éprouvais une sensation de fraîcheur intense, mais nullement désagréable; je sentais un calme profond qui allait jusqu'à l'étonnement; mes forces étaient plutôt accrues et le pouls était plus serré, en même temps que si prodigieusement ralenti. Dans la crainte de dépasser les effets physiologiques, je m'arrêtai à cet état de bien-être général.

Mon intention était de poursuivre ces expériences; diverses circonstances m'en empêchèrent. Mais depuis, dans plusieurs cas de fièvre muqueuse, de fièvre typhoïde, de fièvre nerveuse, de constipation, etc., j'ai tiré un parti utile des lavements froids ou simplement frais.

Depuis que le traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand est porté devant la Société, j'ai fait deux nouvelles expériences sur moi-même avec le lavement froid.

Deuxième expérience. Le 29 janvier 1874, entre sept et neuf heures du matin, je prends successivement six lavements d'eau à 8° et d'un litre chacun ; au premier, le pouls tombe de 70 à 66, au second à 62, au troisième à 60, au quatrième à 58, au cinquième à 56, et au sixième à 54. Sensation de fraîcheur ; frisson après le quatrième lavement ; sentiment de force et de bien-être général.

Troisième expérience. Trois lavements d'un litre d'eau à 8° pris successivement entre sept et huit heures du matin. Le pouls tombe de 68 pulsations (avant l'expérience) à 63, à 59, puis à 56. Sensation de fraîcheur, de calme et de force.

M. Lavirotte. J'ai récemment employé l'eau froide d'une autre manière, sous forme de manuluves ; elle m'a donné des résultats analogues à ceux des expériences de M. Foltz. Il s'agit d'un jeune détenu de dix-huit ans, qui aurait eu une fièvre typhoïde il y a trois ou quatre ans. Le 18 janvier, il entra à l'infirmerie avec de la fièvre, du délire et 100 pulsations ; le lendemain il y eut six selles bilieuses. Je fis donner un manuluve froid toutes les trois heures ; le lendemain le délire avait cessé, la langue était humide et le malade demandait des aliments. Les manuluves furent diminués, le pouls remonta à 80 et le délire reparut ; ils furent repris le lendemain et continués ; le pouls descendit à 60, puis les jours suivants à 48. Diminution des manuluves, le pouls remonta à 58. Actuellement, on ne donne plus de manuluves, le pouls est à 80, et le malade est en convalescence.

M. Rieux. Les expériences personnelles que vient de faire connaître M. Foltz expliquent juqu'à un certain point les succès du traitement de la fièvre typhoïde auquel a recours depuis 1869 le docteur Luton, de Reims.

Voici en quoi il consiste :

Le malade est soumis à une diète rigoureuse ; il prend chaque jour, pendant la période inflammatoire, un lavement d'eau froide ; on lui donne à discrétion, mais pour unique boisson, de l'eau fraîche filtrée. Cette eau est bue d'abord avec avidité, puis avec modération, et enfin avec une certaine réserve. Quelquefois rejetée au début, elle ne tarde pas à être tolérée. Des applications émollientes tièdes ou froides sont en outre faites sur le

ventre. Les garde-robe deviennent plus abondantes, puis un peu moins, perdent leur odeur putride, et sont ensuite remplacées par de la constipation. Tous les phénomènes putrides disparaissent. La durée de ce traitement, auquel il donne le nom de *diète hydrique* pure, est de quatre à huit jours, suivant la gravité des cas. En général, à partir du quatrième au sixième jour, on commence une alimentation légère, telle que du lait coupé avec de l'eau, et donné par cuillerées ; puis successivement, du bouillon de poulet, de bœuf, etc. Plus tard, le sulfate de quinine peut être administré.

La théorie de M. Luton est la suivante : les matières alimentaires féculentes ou sucrées, en contact avec la muqueuse digestive malade d'un typhique, donnent lieu à des productions âcres, acides ou putrides, qui jouent le rôle de ferments; il faut donc à tout prix, pendant les premiers jours surtout, arrêter le développement de ces ferments, et rien ne peut mieux le faire que la diète hydrique. M. Luton n'a pas publié de statistique, mais il assure que, par sa méthode, la maladie a une durée moindre, qu'elle présente plus rarement la forme ataxique, que la mortalité est au-dessous de celle avouée par la médication ordinaire, et que, en tout cas, si le malade succombe, ce n'est jamais par le fait de la putridité. M. Rieux pense que ce mode de traitement, qu'il a trouvé analysé dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, mérite l'attention des praticiens.

M. Bondet. J'ai fait ailleurs certaines réserves à propos de la méthode de Brand, et dit surtout que, dans certaines épidémies, en face de cas rapidement mortels, ou excessivement graves, on n'avait pas le temps de l'appliquer ou on l'appliquerait en vain. J'ai cherché à expliquer la cause du succès, qui tiendrait, selon moi, et à l'absence de toute médication et à l'alimentation régulière à laquelle le malade est soumis pendant toute la durée du traitement, et à l'action de l'eau froide elle-même. Après avoir vu bon nombre de fièvres typhoïdes, suivi leur marche et l'action des traitements variés, j'étais arrivé, depuis plusieurs années, à ne plus toucher à ces malades, qui me semblaient d'autant mieux guérir que je les traitais moins. Plus je vais, plus cette conviction s'affirme ; la fièvre typhoïde est une sorte de *noli me tangere* médical, qui supporte mal le médicament. Il y a en outre ce grand fait qu'on soumet les malades à un régime tonique, reconstituant, par l'alimentation bien dirigée ; or, on a pu observer que les malades qu'on ne nourrit pas, ne résistent pas ; la méthode de Brand a ce grand avantage qu'on les nourrit.

Cette méthode a surtout pour elle de s'appuyer sur la physiologie pathologique de la fièvre typhoïde. Autrefois on traitait tous les symptômes différents, dont on avait fait autant de maladies différentes : fièvre ataxique, fièvre adynamique, nerveuse, putride, gastrique, etc. ; autant d'étiquettes auxquelles correspondaient autant de médications. Après les beaux travaux du commencement de ce siècle, tout cela fut ramené à l'unité, la maladie classée sous un type unique et la thérapeutique changée, unifiée à son tour. Quelques-uns voulurent juguler la fièvre ; en suivant cette voie, on jugula plus de malades que de maladies. Vinrent les spécifiques, qui ne donnèrent pas mieux ; tout a été successivement le spécifique. Un beau jour, on ne donna plus rien, et les malades guérirent aussi bien, je devrais dire

guérirent mieux. J'ai remarqué souvent, en effet, que le lendemain de l'administration d'un purgatif l'adynamie et l'ataxie augmentaient, la langue était plus sèche, les fuliginosités plus abondantes. Mais, bien que la fièvre typhoïde guérît le plus souvent sans médication, certaines indications pouvaient se présenter, et ressusciter l'emploi de certains moyens propres à aider ou à corriger la nature. C'est alors qu'on a cherché dans la physiologie pathologique les raisons et la source de la médication, ce qui conduisit à l'emploi des moyens qui abaissent la température et modifient le pouls : sulfate de quinine, digitale, vératrine. Tout en faisant de l'expectation, je trouvais quelquefois dans la température élevée et le dicrotisme du pouls l'indication du sulfate de quinine. Mais je puis dire aujourd'hui que je considère les bains froids comme répondant le mieux aux indications tirées de la physiologie pathologique ; ils modifient le pouls, font disparaître le dicrotisme, comme le montrent les tracés que je fais passer sous vos yeux. Quand on voit la fréquence et la gravité des congestions cérébrales, pulmonaires qui se produisent dans la fièvre typhoïde, on doit se considérer comme heureux d'avoir un moyen qui a une si puissante action sur la paralysie vasculaire, cause et source de ces congestions. Or, nous n'avons pas entre les mains à l'heure qu'il est un moyen aussi propre que les bains froids à produire de pareils effets. J'ai appliqué tout récemment dans une fièvre typhoïde grave, chez une malade venant de perdre sa mère, son frère et une sœur de la fièvre typhoïde, ayant vécu dans ce foyer morbide et placée dans de mauvaises conditions morales. Après quelques jours d'expectation, les oscillations du pouls et de la température (variations d'un degré et demi d'un jour à l'autre), l'humidité considérable de la peau, le dicrotisme très-accusé m'ont décidé à recourir aux bains froids ; il n'y eut pas de modifications jusqu'au quarante-cinquième bain, puis l'amélioration survint, et la malade est à présent en voie de guérison.

Le secrétaire adjoint, P. Marduel.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES.

Présidence de M. Laroyenne.

Comptes-rendus des séances de décembre 1873.

Fin de la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

M. Français. Je ne condamne pas les bains tièdes, mais je leur préfère les bains froids. Je crois que deux bains tièdes en vingt-quatre heures ne produisent pas une réfrigération suffisante, et quand je suis assuré par de nombreuses observations que des bains plus froids et plus souvent répétés n'amènent pas d'accidents, je préfère ce mode beaucoup plus puissant de réfrigération, parce que l'élément qu'on a le plus à combattre dans la fièvre typhoïde, c'est la haute température.



S'il m'était démontré que des bains encore plus froids n'amènent pas d'accidents, je les emploierais jusqu'à ce que j'aie ramené la température des malades à celle de l'homme sain, c'est-à-dire 37°.

Après un bain d'un quart d'heure à 20°, la température des malades s'abaisse d'environ huit dixièmes de degré ; mais au bout de deux heures la chaleur tend à reparaître : on l'éteint par un nouveau bain. Deux bains tièdes dans les vingt-quatre heures sont assurément une très-bonne chose, c'est un moyen de réfrigération ; mais il est insuffisant.

Jusqu'à présent il m'a paru que la méthode de Brand, appliquée avec toute sa rigueur, était tout aussi inoffensive et produisait de meilleurs résultats.

M. R. Tripier fait la même observation que M. Bianchi. Il est d'avis qu'on ne doit accepter dans cette discussion que les observations où l'on a employé la méthode de Brand. Cet auteur, en effet, n'est arrivé à la formuler ainsi qu'après de nombreux tâtonnements, parce qu'elle lui a paru la meilleure. On doit donc l'appliquer suivant les préceptes qu'il a indiqués, et c'est ainsi qu'il faut la propager.

Dans tous les cas, sauf dans le cas exceptionnel de M. Rondet, on a observé l'abaissement de la température après chaque bain froid. Mais dans ceux où cette chute de la température ne serait pas suffisante, on devra abaisser la température du bain. Il semble, en effet, que l'influence du froid empêche les combustions organiques. De plus, les dégénérescences graisseuses doivent être plus rares, et comme conséquence la mort subite moins fréquente.

M. Aubert demande si, dans le cas où l'on traite un enfant, on ne doit pas avoir un abaissement de température plus considérable que chez l'adulte, car les enfants, comme on le sait, présentent une surface de réfrigération plus considérable.

M. Glénard fait observer que dans la méthode de Brand c'est le médecin qui doit juger de la durée et de la température qu'il faut donner au bain, Il faut en effet proportionner le froid à la chaleur que l'on veut combattre. M. Brand lui-même emploierait le bain tiède dans certains cas s'il lui donnait un abaissement suffisant de la température. Mais, contre l'opinion de M. Laure, M. Glénard ne croit pas que le bain tiède abaisse autant la température que le bain froid, les températures de M. Laure ayant été mesurées dans l'aisselle. Après le bain froid, l'abaissement de la température persiste deux heures de sorte que le malade n'est sous l'influence de la chaleur fébrile que six heures sur vingt-quatre. Il demande à M. Laure d'indiquer de combien de degrés la température décroît dans le bain tiède, et au bout de quel temps elle remonte à son point de départ.

Quant à cette syncope que l'on met sur le compte du bain froid, elle s'est présentée sur une malade au dix-huitième jour d'une fièvre typhoïde pendant qu'elle prenait son sixième bain. M. Glénard, qui était présent, fit mettre immédiatement la malade dans son lit, où elle revint rapidement ; et comme la température s'était élevée trois heures après à 40°3, il n'a pas hésité à la faire remettre dans le bain froid, en ayant soin de faire du massage sur la malade et d'attirer son attention par des questions multipliées,

afin de prévenir l'accident qui s'était déjà produit. Il croit que dans des cas pareils, de même que dans ces cas d'empyème dont a pàrlé M. Français, mais que Brand avait déjà signalés, on est autorisé à se servir du bain graduellement refroidi, afin de ménager le choc du bain froid. Mais il pense que dans cette observation la syncope ne serait pas survenue si la malade avait été dès le début, et non le douzième jour seulement, soumise à la méthode de Brand.

M. Laure répond que dans sa méthode, qui n'est autre que celle de Schutzenberger, on donne deux bains tièdes par jour. La température après chaque bain décroît de 1°, et cet abaissement se maintient une heure après le bain.

Le bain tiède, ainsi qu'il l'a dit, lui paraît préférable, parce qu'on évite le choc du bain froid. Mais il croit qu'on doit le proscrire comme ce dernier lorsque des symptômes généraux graves coïncident avec une élévation médiocre de la température.

M. Glénard insiste sur la différence qu'il y a entre la méthode de M. Laure et celle de Brand. Le but des deux méthodes est la soustraction de la chaleur. Or, avec les bains froids donnés d'après les préceptes de Brand, le malade n'est sous l'influence de la chaleur fébrile que six heures sur vingquatre, tandis que d'après le traitement de M. Laure l'influence du bain ne se fait sentir que deux heures sur vingt-quatre ; en d'autres termes, pendant vingt-deux heures les malades sont sous le coup de la température ordinaire de la fièvre typhoïde.

M. Conche rappelle la pratique de MM. les docteurs Vernay et Rambaud à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pratique qui consistait dans l'emploi des maillots et des fomentations froides dans le traitement de la fièvre typhoïde. Les résultats ont été consignés dans la thèse de M. Demeaux, interne de M. Vernay. et l'on peut y voir une statistique où l'on compte environ 16 à 17 succès sur 20 cas.

Il demande que l'on compare les résultats des trois méthodes : de Brand. des bains à température décroissante et du maillot.

M. Demeaux et M. Fleury notaient en effet l'état de la température et ont consigné l'un et l'autre de nombreux succès par la méthode du maillot ou du drap mouillé employé comme sédatif.

M. Glénard fait remarquer que les fomentations, les lotions et le drap mouillé sont impuissants dans la plupart des cas à abaisser la température. Ces méthodes, du reste, ont été abandonnées, tandis que le succès de la méthode de Brand augmente chaque jour. La statistique de M. Demeaux donne une mortalité de 25 p. 100.

M. Laroyenne constate que MM. Fleury et Demeaux appliquaient le drap mouillé surtout pour obtenir la réaction et amener la transpiration cutanée.

Il pense que le drap mouillé doit suffire dans les dothiénentéries légères à abaisser la température.

M. Conche s'est servi plusieurs fois du drap mouillé avec succès. Il cite

le cas d'une femme qui fut prise d'une dothiénentérie dans le cours d'une grossesse. On appliqua le drap mouillé, et pendant toute la durée de la fièvre typhoïde il n'y eut ni un seul jour de délire ni aucun symptôme grave.

Le secrétaire annuel, PATEL.

REVUE DES JOURNAUX

GYNÉCOOLOGIE.

La grossesse, l'accouchement et les suites de couches chez les primipares âgées, par S. COHNSTEIN et F. AHLFELD. — Ces deux auteurs ont une légère divergence sur ce qu'il faut entendre par primipares âgées ; pour Cohnstein, cette dénomination convient aux primipares de 30 ans et au-dessus ; Ahlfeld, partant de ce point que la vie sexuelle de la femme s'étend de 15 à 50 ans, et que la trente-deuxième année est juste le milieu de cette période, appelle primipares âgées celles qui ont 32 ans ou davantage. Ceci dit sur la définition, voici le résultat des recherches de ces deux observateurs.

Cohnstein fait observer d'abord que la primiparité, assez fréquente de 25 à 29 ans, est rare à partir de 30 ans ; il a pu néanmoins réunir 393 cas d'accouchements chez des primipares ayant dépassé 29 ans. Il pose la question de savoir si la rareté de la primiparité après 30 ans ne doit pas être attribuée à une grande fréquence des rétrécissements du bassin chez les primipares âgées ou à ce que les femmes à bassin rétréci se laissent effrayer par les dangers de l'accouchement. On observe chez les primipares bien des anomalies du travail qu'on doit mettre sur le compte de l'âge, et l'on peut se convaincre que chez les primipares d'âge avancé certaines anomalies de l'accouchement sont aussi fréquentes que chez les multipares. Il y a du reste une relation entre le poids et la longueur des enfants et l'âge de la mère. On a constaté que les enfants des multipares sont plus développés, et cela soit à cause de l'âge plus avancé de la mère, soit parce que le nombre des grossesses y contribue aussi (Hecker). Le poids moyen des enfants chez les primipares de 15 à 19 ans est, d'après Hecker, de 3,181 gr. 17, et leur longueur moyenne de 504 millimètres ; chez les primipares de 30 à 44 ans, le poids moyen des enfants est de 3,191 gr. 31, la longueur de 507 millimètres. D'après Wernich le poids moyen des enfants chez les primipares augmente jusqu'à 44 ans, la longueur seulement jusqu'à 40 ans ; Schroeder en dit autant pour le grand diamètre transversal de la tête, qui augmente avec l'âge de la mère.

Cohnstein résume ensuite les observations qui ont été déjà

faites de différents côtés sur les primipares âgées au sujet de l'accouchement. On a parlé de la résistance et de la rigidité des parties génitales (Deventer, Dionis) ; on a donc cherché à ramollir et à dilater les voies génitales pour prévenir les accouchements laborieux. On a ensuite observé une grande tendance à la déchirure du périnée (Wigand, Michaelis, etc.). C'est El. de Siebold qui a surtout fait ressortir les difficultés fréquentes que présente la parturition chez les primipares âgées, ce qui avait été du reste occasionnellement indiqué déjà (Mesnard, Lachapelle). On a signalé plus tard la moblilité insuffisante du coccyx et des autres os du bassin, l'étroitesse absolue ou relative du bassin (Winckel), les convulsions éclamptiques (Mauriceau), l'écoulement prématuré des eaux amniotiques, surtout chez les primipares de 36 à 40 ans (Valenta). La fréquence des grossesses extra-utérines chez les primipares âgées a été établie par Hecker. On a expliqué la fréquence des affections puerpérales par la prolongation du travail et la production de déchirures souvent considérables (Veit); Tuke a indiqué la disposition à la manie, et dans un cas Schmidt a trouvé dans l'âge avancé de la mère la cause de la fragilité du système osseux de l'enfant.

Dans les 393 observations réunies par Cohnstein, l'âge des femmes allait de 30 à 50 ans. Sur ce nombre, 61 avaient été affectées de rachitisme ; l'âge moyen de l'apparition des règles, d'après 40 cas où l'on eut des données sûres, était de 17 ans et 3 mois; les rachitiques avaient été menstruées plus tard. Sous le rapport des malaises de la grossesse, non plus que sous celui de la durée de la gestation, il n'y a pas de différence notable entre les primipares âgées et les primipares jeunes. La mortalité des enfants s'élève à 44,82 °/₀, dont 37,13 °/₀ de mort-nés, et 7,69 °/₀ morts dans les huit premiers jours après la naissance. Sur 389 mères, il y a eu 2 morts pendant la grossesse (une grossesse tubaire et un cas de vomissements incoercibles), 8 pendant l'accouchement (rupture de l'utérus, traumatisme, apoplexie, épuisement), 105 dans les suites de couches (péritonite, anémie, fièvre puerpérale, éclampsie, collapsus). Les rétrécissements du bassin se sont montrés d'une fréquence de 42 °/₀ (au lieu de la proportion normale de 14 à 20 °/₀). On a dû opérer très-souvent; dans les bassins de dimension normale, les opérations ont atteint le chiffre de 57 °/₀, dans les bassins rétrécis de 97,59 °/₀. Des tableaux dressés par l'auteur il ressort que le nombre des mort-nés croît proportionnellement à la fréquence des opérations, et aussi, quoique à un moindre degré, à la mortalité des suites de couches. Il ressort aussi de ces tableaux que le forceps et la version ont été employés aussi fréquemment dans les bassins larges que dans les bassins rétrécis. Le forceps a été surtout mis en usage contre l'inertie utérine. On a pratiqué 32 fois l'opération césarienne, dont 29 fois sur des femmes vivantes, qui ont donné

19 morts. On a eu recours 11 fois à l'accouchement prématuré artificiel.

Les présentations du sommet ont été les plus fréquentes. Il y a eu 17 accouchements gémellaires, un trigémellaire; 6 grossesses extra-utérines, 6 cas de placenta prævia. Les convulsions éclamptiques ont atteint une fréquence de 9,9 %; très-rares pendant la grossesse, elles ont été aussi fréquentes chez les primipares âgées à bassin large que chez celles à bassin rétréci. L'inertie utérine s'est produite dans 119 cas, l'écoulement prématuré des eaux 44 fois, les contractions utérines tétaniformes 19 fois, l'accouchement précipité 3 fois; on a observé assez souvent la procidence du cordon (4,58 %), 38 fois des hémorrhagies secondaires, dues surtout à la rétention du placenta; on a vu la déchirure du périnée dans 14 cas, la manie puerpérale dans 5 (1 fois pendant l'accouchement, 4 fois dans les suites de couches).

Les recherches de Cohnstein n'ont pas vérifié ce fait que les anomalies de la parturition augmenteraient avec l'âge, du moins jusqu'à 41 ans. Les constatations suivantes faites par l'auteur chez ces femmes expliquent peut-être en partie la fécondation tardive; il a trouvé : imperforation de l'hymen (1 fois), absence de la portion vaginale de l'utérus (1), absence du périnée (1), atrésie du vagin (2), utérus bicorne (1) et biloculaire (1), rigidité du vagin (16), rigidité de l'orifice externe du col (13), agglutination et oblitération de cet orifice (9), fibroïdes (16), rétroversion (1), aménorrhée (2), Les causes les plus fréquentes de stérilité seraient donc les altérations pathologiques de l'ouverture vaginale, du vagin et de l'orifice externe du col (*Arch. für Gynaekologie*, B. IV, Heft 3).

Ahlfeld, qui a consulté les registres de la clinique et de la policlinique obstétricales de Leipzig pour une durée de 15 ans (de 1858 à 1872), a établi des statistiques démontrant que, chez les primipares âgées, la parturition est en général moins favorable que chez les autres primipares. Il a réuni ainsi un chiffre de 4,706 accouchements, dont 3,218 observés à la clinique et 1,488 dans la policlinique; sur ce nombre il a trouvé 102 primipares de 32 ans et au-dessus (49 appartiennent à la policlinique, 53 à la clinique). Dans 17 cas seulement il a pu connaître d'une façon exacte la durée de la grossesse, ce qui a donné une moyenne de 274,9 jours; ce chiffre s'accorde assez bien avec celui obtenu par l'auteur dans un précédent travail sur la durée de la grossesse, durée pour laquelle il avait trouvé 274,65 jours. La date des premiers mouvements fœtaux, qui n'a pu être obtenue d'une manière certaine que dans 4 cas, a été le cent quarante-deuxième jour et demi.

Voici les particularités observées chez les primipares âgées : vomissements et abattement; parfois contractions utérines quelques semaines avant l'accouchement; les vraies douleurs ont un

caractère languissant, d'où le plus souvent des irrégularités de l'accouchement; aussi court-on grandement le danger de voir se produire l'épuisement de la femme, et l'inertie consécutive; ce qui explique en même temps la fréquence de l'intervention opératoire dans ces accouchements. La résistance, la rigidité, la tendance à la déchirure des parties molles constituent un autre obstacle encore à l'issue rapide et heureuse du travail. A la suite on voit les contractions devenir extrêmement douloureuses, et la malade être en proie à une inquiétude qui peut aller jusqu'à la manie. Comme causes plus rares de la difficulté de la parturition, Ahlfeld signale : l'oblitération du col (2 fois), le placenta prævia (1 fois), l'emphysème (1 fois), les contractions tétaniques (1 fois).

L'intervention a été fréquente; dans 55 cas on a dû appliquer le forceps, application qui dans 5 cas a dû être suivie de la perforation et de la céphalotripsie. Les cas de version et d'extraction ont été rares, à cause de la très-grande fréquence des présentations normales chez les primipares.

Passant aux suites les plus fréquentes de semblables accouchements, l'auteur signale en première ligne les déchirures et les contusions des parties molles. Outre des cas de lésions légères, il a noté 25 déchirures considérables et 3 déchirures totales du périnée, 5 déchirures notables du vagin, 1 disjonction de la symphyse et 1 rupture circulaire de la portion vaginale du col. La déchirure du périnée s'est produite alors que la tête était encore renfermée dans le vagin, ce qui suppose une altération des tissus du périnée produite par l'âge. L'état de dilacération des lèvres de ces déchirures a rendu difficile la réunion par première intention et a amené souvent la diphthérie et la gangrène.

On observe fréquemment, à la suite de ces accouchements, des hémorrhagies pendant et après le travail. C'est ainsi que 15 fois il y a eu des hémorrhagies graves, 2 fois les membranes étaient pleines de sang, et 2 autres fois il y eut une hémorrhagie le quatrième et le douzième jours. Ces hémorrhagies ont évidemment pour cause l'inertie, qui s'explique elle-même par la longueur du travail; dans bon nombre de cas il faut peut-être admettre comme cause adjuvante la vitalité moindre. Dans 2 cas la présence de nombreux fibroïdes a été pour quelque chose dans l'irrégularité du travail.

Ces anomalies de l'accouchement favorisent la production des affections puerpérales; mais, chose remarquable, tandis que les 53 accouchées de la clinique ont donné 21 maladies puerpérales et 9 morts, les 49 accouchées de la policlinique n'ont donné que 9 malades, et avec des affections plus légères ; sur ces dernières, 3 sont mortes, il est vrai, mais la mort n'a pas été causée par les suites de couches. Sur les 9 morts de la clinique, il y en a 6 par péritonite secondaire.

S'occupant enfin du fœtus, Ahlfeld signale 5 cas d'issue pré-

maturée du méconium, 5 d'irrégularité des bruits du cœur et la présence d'un thrombus considérable dans la plupart des cas. Chose remarquable : tandis que la proportion habituelle des naissances est de 106 garçons pour 100 filles, elle a été ici de 137 garçons pour 100 filles. Les présentations du sommet ont été les plus fréquentes, et il y a eu 4 présentations du siége, 1 du front, 1 des pieds, 1 de la face et 3 de l'épaule. 19 enfants sont nés avant terme. 68 étaient pleins de vie, 22 en état de mort apparente, 12 mort-nés. La mortalité de ces nouveau-nés a été excessive ; sur ceux qui étaient nés vivants, 12 moururent avant le quatorzième jour, de sorte que sur 102 enfants, 76 seulement ont survécu aux quatorze premiers jours. L'auteur attribue ces résultats défavorables à la durée du travail et à la nécessité d'avoir si souvent recours aux opérations (*Arch. für Gynaekologie*, Bd IV, Heft 3).

De l'utilité de l'éponge préparée dans les cas de changements de position et de volume de l'utérus, par Klencke, de Hanovre (*Deutsche Klinik*, 1873, n° 23). — Le docteur Krone, de Hanovre, eut l'occasion, chez une femme de 41 ans, très-robuste, mais extrêmement nerveuse, atteinte de rétroflexion et d'hypertrophie de l'utérus, d'employer l'éponge préparée pour aller à la recherche de quelque néoformation interne. Après l'introduction répétée chaque jour d'éponges préparées de plus en plus grosses, combinée avec le séjour continu au lit, on trouva l'utérus vide de toute tumeur ; néanmoins on continua l'introduction d'éponges et le séjour prolongé au lit, et l'on vit peu à peu l'utérus devenir plus mou et même se redresser graduellement. Plusieurs semaines après, l'utérus étant resté redressé, on introduisit chaque jour dans le cul-de-sac vaginal postérieur, un tampon de coton imbibé de glycérine, la femme eut l'autorisation de se lever ; et il arriva que non-seulement l'utérus conserva sa position normale, mais encore qu'il reprit sa consistance et son volume ordinaires, et qu'en même temps disparurent tous les désordres hystériques. On fit ensuite quelques injections de nitrate d'argent en solution, qui firent disparaître une excessive sécrétion utérine ; et la malade fut guérie. Klencke rapporte trois autres cas traités de la même manière, dans lesquels il y avait métrite chronique et hypertrophie de l'utérus avec rétrécissement du canal cervical ; dans un cas il y avait en outre rétroversion. Le traitement dura cinq semaines au plus ; dans un cas, où il y avait un rétrécissement considérable du canal cervical, on débuta par la dilatation au moyen de tiges de laminaria. Les résultats obtenus furent toujours semblables à ceux observés dans le fait précédemment relaté.

L'auteur compare l'action de l'éponge préparée à celle des suites de couches ; il pense que la méthode de Krone provoque

une sécrétion utérine analogue, mais à un degré moindre, à la sécrétion lochiale, et que grâce à elle on obtient l'involution de l'organe. Comme la plupart de ces affections utérines sont produites par des perturbations des suites de couches, reconnaissent pour cause une involution incomplète, la méthode en question ne fait que prolonger et compléter artificiellement le processus normal d'involution. (*Schmidt's Iahrbücher*, Bd 160, Heft 1, décembre 1873.)

PHARMACIE ET CHIMIE.

Emploi des trochisques Vichot dans la coqueluche, par le docteur Massola, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Chambéry. — Depuis quelques années, les progrès des études microscopiques ont ouvert une voie nouvelle au traitement de certaines maladies parasitaires infectieuses ou contagieuses.

La découverte des microzymas, dont l'organisme est infecté dans un grand nombre d'entités morbides, a considérablement éclairé et simplifié la thérapeutique de ces affections ; de ce nombre est la coqueluche. Jusqu'à ces dernières années, cette névrose du pneumogastrique n'avait été traitée que par les antiphlogistiques, l'ipéca, l'opium, la belladone, l'aconit napel, l'arsenic, le sulfate de quinine, le soufre, le sous-carbonate de fer, l'oxyde de zinc, le gui de chêne, le café, le sirop d'ortie et la cochenille, selon la période catarrhale, convulsive ou de déclin. Or, cette médication classique a rarement opéré des guérisons avant un ou deux mois.

En 1863, on essaya tout à fait empiriquement et avec un plein succès les inhalations dans les salles d'épuration des usines à gaz. Mais, quoique excellent, ce moyen était peu pratique, vu les déplacements qu'il exigeait et l'impossibilité de le mettre en œuvre ailleurs que dans les villes ; aussi le succès de cette médication populaire engagea-t-il les chimistes à créer de toutes pièces des atmosphères artificielles pour remplacer celle des usines à gaz.

En 1866, MM. Adrian et Deschamps, d'une part, et M. Burin-Dubuisson, de l'autre, donnèrent chacun la formule d'un mélange à placer dans l'appartement des enfants atteints de coqueluche.

Il est une autre préparation chimique plus récente et qui a souvent été expérimentée depuis six ans, et de laquelle, après plusieurs autres praticiens, M. le docteur Massola affirme avoir toujours obtenu des résultats favorables, surtout dans la deuxième période de la coqueluche ; ce sont les trochisques inventés par M. Vichot, pharmacien de Lyon, et dont la composition a été publiée dans le *Lyon Médical*, en 1870.

Le nombre des trochisques qui doivent être employés aux inhalations varie selon la capacité de l'appartement du malade. Ce

nombre peut être basé sur ce fait qu'un trochisque sature l'atmosphère d'une pièce de 10 mètres cubes. Il est nécessaire que la pièce soit bien close ; l'inhalation doit être répétée matin et soir et doit durer une heure au moins.

Cette médication sort désormais du domaine de l'empirisme et s'explique par les données de la pathologie moderne ; on sait, en effet, qu'en 1867, le docteur Poulet a constaté la présence d'infusoires dans l'air expiré par les malades atteints de coqueluche. Ces infusoires peuvent être rapportés au genre bactérium.

Or, on connaît l'action toxique que les principes phéniqués exercent sur les organismes inférieurs ; on serait donc porté à croire que ces bactéries, nées dans une fermentation particulière à la période catarrhale, seraient, après leur évolution complète, la cause de la contagion de la maladie et des spasmes gastro-bronchiques qui constituent la période convulsive de la coqueluche. Cette hypothèse, que M. Massola déclare lui être personnelle, et qu'il avoue ne reposer que sur les vues de l'esprit, expliquerait l'efficacité spéciale des inhalations des trochisques Vichot dans la période convulsive et leur action plus faible dans la période catarrhale. Depuis 1867, notre confrère a traité environ une vingtaine d'enfants atteints de coqueluche, et il affirme que cette médication lui a toujours réussi, surtout dans la deuxième période, dégagée de toute complication phlegmasique localisée sur les organes respiratoires.

Vomitifs exceptionnels en cas d'indigestion grave, par Luton. — Le vomitif est le spécifique de l'indigestion ; cependant, en présence d'un cas grave, on hésite quelquefois à le donner, soit que le diagnostic paraisse douteux, soit que le remède semble trop énergique. La *saignée* aurait quelquefois réussi dans les cas d'indigestion à forme apoplectique, non-seulement comme moyen s'adressant à l'état cérébral, faisant tomber le spasme, relevant les forces opprimées, mais encore provoquant le vomissement.

L'auteur raconte alors un premier fait de convulsions avec délire furieux paraissant se rattacher à une indigestion. Après quelques inhalations de *chloroforme*, le calme revient en même temps qu'ont lieu des vomissements abondants.

Une dame, après avoir mangé du veau à l'oseille, étant allée au théâtre, en revient en proie à quelques malaises, vertiges, bientôt suivis de syncope, puis quelques mouvements convulsifs; l'état devient très-grave. L'auteur, ayant dans la poche une solution morphinée et une seringue hypodermique, injecte environ un centigramme de *chlorhydrate de morphine ;* au bout d'un quart d'heure environ, vomissements suivis de calme et de la guérison. (*Gaz. hebd.*, 1873, p. 655.)

Sur le décocté de salep, par M. Depaifve, pharmacien, membre de la Société médicale de Liége. — Le pharmacien sait que, lorsque l'on prépare le décocté de salep, il n'est pas toujours facile d'éviter la formation de grumeaux, et l'on a beau pour cela employer l'eau froide et agiter sans cesse, l'expansion des grains de salep au contact de l'eau est si considérable, que l'espèce de mucilage qui en résulte ne tarde pas à envelopper la masse de la poudre et entrave son gonflement régulier. Il existe cependant un moyen bien simple d'obvier à cet inconvénient. Il suffit pour cela de mouiller préalablement la poudre de salep au moyen de quelques gouttes d'alcool. Par ce moyen, le décocté se prépare avec tant de facilité, qu'il est à peine nécessaire d'agir pendant l'opération. Ce phénomène, à mon avis, trouve son explication dans ce que l'alcool isole les grains de salep les uns des autres, ralentit, gradue et régularise l'action de l'eau sur eux.

Culture du quinquina. — Nous avons eu plusieurs fois occasion de signaler la culture des arbres qui produisent le quinquina (chinchoncés de différentes sortes) entreprise à Java depuis un certain nombre d'années et poursuivie avec beaucoup de succès. — L'*Athenæum* dit que l'écorce tirée des plantations du pays contient une haute dose d'excellent alcaloïde, et que Java promet d'être, par conséquent, une source importante de production de ce fébrifuge si utile, mais qui tend à devenir rare dans les forêts de l'Amérique.

Fabrication de la magnésie, par M. Pattinson. — Cette méthode, usitée dans l'usine de Washington, près Newcastle, consiste à traiter la dolomie par le gaz acide carbonique sous une pression de cinq à six atmosphères, en présence d'eau froide, dans un cylindre à axe horizontal, où une agitation continue la remue constamment. Le carbonate de magnésie se dissout le premier et se sépare ainsi du carbonate de chaux auquel il est associé. La dissolution du bicarbonate de magnésie est envoyée dans un cylindre vertical où l'on fait arriver de la vapeur d'eau ; l'élévation de la température régénère le carbonate neutre qui se dépose dans des canaux placés à la suite du cylindre.

La magnésie caustique s'obtient par la calcination du carbonate dans des moufles portés au rouge. (*Bull. Soc. ch.*)

Note sur la liqueur de goudron, par M. W. Henrotte, pharmacien, membre de la Société médico-chirurgicale de Liége.

La liqueur de Guyot, dont la vogue et la consommation ont atteint des proportions incroyables, n'a pas tardé à subir la contrefaçon sur une vaste échelle. Aujourd'hui, en effet, chaque pharmacien prépare de la liqueur de goudron.

Malheureusement, comme il n'y a pas de formule adoptée, il

s'ensuit que, dans chaque officine, le produit varie dans sa composition, à cause de proportions et de modes opératoires variables. Dans ces conditions, il est évident qu'on ne peut trouver une méthode rationnelle et donnant toujours un produit d'une bonne qualité.

Je viens aujourd'hui vous communiquer celle à laquelle je me suis arrêté pour préparer la liqueur de goudron.

Goudron de Norwége	300
Bicarbonate sodique.................	250
Eau de pluie	500

Laissez réagir à froid pendant deux heures, faites cuire modérément pendant un quart d'heure en agitant continuellement. Enlevez du feu et ajoutez : eau de pluie bouillante, 9,500 grammes.

Agitez très-fortement pendant quelques minutes, puis laissez refroidir. Après refroidissement, renouvelez l'agitation à plusieurs reprises. Laissez enfin clarifier par dépôt dans un endroit frais.

Remarques. — Dans cette préparation, j'obtiens, en faisant bouillir pendant un quart d'heure, un savon de goudron qui se présente sous forme d'une masse molle, jaune clair, très-homogène. Ce savon, par l'agitation avec l'eau bouillante, s'y mêle assez intimement, puis se dépose en partie par refroidissement ; c'est ce qui nécessite de nouvelles agitations de la masse refroidie, jusqu'à ce que le liquide ait acquis une coloration brune assez foncée.

La clarification est parfaite au bout de trois à quatre jours, mais il est préférable de la prolonger, car la liqueur acquiert des propriétés plus aromatiques. (*Répertoire de pharmacie.*)

Formules. — Nous attirerons l'attention de nos lecteurs sur la formule suivante, qui constitue une purgation d'un aspect et d'un goût très-agréables :

Eau ordinaire.....................	120
Magnésie calcinée..................	10
Sirop d'orgeat	30

Caustique iodé contre le lupus (Rieseburg) :

Iode	4	grammes.
Glycérine.........	8	—

On fait dissoudre. Pour combattre le lupus, on étend cette solution, à l'aide d'un pinceau, une fois tous les deux jours, sur les parties malades, et l'on applique par-dessus une feuille de gutta-percha. Ce traitement doit être continué pendant plusieurs semaines, tant qu'il se forme des ulcérations nouvelles.

REVUE DES LIVRES

Traité des sections nerveuses; physiologie pathologique; indications; procédés opératoires; par E. Létiévant, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine.

La question des sections nerveuses, prise dans son sens le plus large, offre au physiologiste et au chirurgien un champ d'étude tellement vaste qu'il est difficile de le parcourir dans son entier. C'est, en effet, sur la méthode des sections qu'a reposé jusqu'ici presque exclusivement toute la physiologie du système nerveux, soit central, soit périphérique; c'est à elle que nous devons la découverte des fonctions des racines et de la sensibilité recurrente par Magendie, la découverte des vaso-moteurs et les admirables recherches de Claude Bernard, la méthode Wallerienne et les travaux de Waller sur les altérations trophiques des nerfs, ceux de Vulpian sur la question, toujours pendante, de la neurilité, et beaucoup d'autres encore. Aussi ferons-nous à M. Létiévant, non point un reproche, mais un mérite de n'avoir embrassé qu'une partie du sujet et d'avoir fait le livre moins vaste que son titre, qui eût été plus exact si au mot de traité on eût ajouté l'épithète de chirurgical. L'ouvrage, en effet, tout en apportant à la physiologie des théories nouvelles, ne comprend que l'étude des sections nerveuses qui intéressent le chirurgien, de celles qui ont été pratiquées sur les branches efférentes des plexus formées par les nerfs spinaux, et sur deux nerfs crâniens : le trijumeau et le facial. Nous verrons que même dans ces limites l'auteur a dû encore se restreindre.

L'ouvrage de M. Létiévant se subdivise très-naturellement en trois parties. La première est une étude de physiologie pathologique, la deuxième a trait aux indications des sections nerveuses dans les maladies, la troisième est consacrée aux procédés opératoires de la névrotomie. Le tout précédé d'une ample préface, qui est un bon résumé du livre, et d'un index bibliographique fort étendu. Chacune de ces parties mérite un examen séparé.

Physiologie pathologique après les sections nerveuses. — « J'exposerai d'abord les phénomènes physiologico-pathologiques consécutifs à la section du nerf médian; celui-ci est superficiel, « facile à observer. Cette étude me permettra d'établir solidement « certains points de la théorie *des suppléances motrice et sensitive*, théorie nouvelle, destinée à projeter une vive lumière « sur l'étude des autres sections nerveuses. »

C'est ainsi que débute le livre; la théorie des suppléances est donc l'idée fondamentale qui a présidé à son élaboration. Voyons

ce qu'est cette théorie, et pour cela laissons encore parler l'auteur, qui s'explique fort nettement en prenant pour type la section du nerf médian et en choisissant parmi les faits de section de ce nerf, ceux qu'il a observés lui-même.

1° Motilité suppléée.

« Les muscles qui dépendent du médian sont le rond et le « carré pronateurs, le grand et le petit palmaires, le fléchisseur « sublime, la moitié externe du fléchisseur profond, le fléchis- « seur propre du pouce, deux lombricaux, le court abducteur et « l'opposant.

« Aucun de ces muscles ne se contracte volontairement sur « mon opéré.

« Ainsi les pronateurs sont paralysés, et pourtant la pronation « s'accomplit. La flexion du poignet s'exécute malgré la paralysie « et l'atrophie du grand et petit palmaires. Tous les doigts se flé- « chissent dans toutes leurs phalanges et cependant les fléchis- « seurs sublime et propre, la moitié du fléchisseur profond sont « impuissants à se contracter.

« Voici l'explication de ces mouvements :

« La pronation se fait malgré l'inaction des pronateurs par les « muscles rotateurs de l'épaule en dedans par quelques fléchis- « seurs de l'avant-bras sur le bras ; le propre poids de la main « contribue à rendre ce mouvement facile.

« La flexion du poignet est opérée par le muscle cubital anté- « rieur, qui devient tendu, saillant et supplée les grand et petit « palmaires complètement inactifs.

« Toutes les premières phalanges des doigts sont fléchies par « les interosseux restés intacts.

« La flexion des autres phalanges se fait dans les deux der- « niers doigts par l'intermédiaire des deux faisceaux externes du « muscle fléchisseur profond ; celle du médius par l'expansion « tendineuse que lui envoie le faisceau musculaire de l'annulaire. « Ces mouvements sont actifs et assez puissants. Ce sont les « extenseurs du métacarpe qui interviennent pour produire la « flexion des deux dernières phalanges de l'index et de la der- « nière du pouce. En renversant les métacarpiens, ils soumettent « à une tension les cordes tendineuses des fléchisseurs paralysés. « Ces cordes entraînent les phalanges. Le mouvement de flexion « est très-faible, il est passif, il ne résiste pas à un léger effort ; « il n'en est pas moins vrai que la flexion est ici le résultat de « la contraction des extenseurs ; ils suppléent les fléchisseurs. « Le pouce possède une espèce d'opposition, bien qu'il soit « privé de son opposant ; mais il vient se mettre en contact « avec le bord de l'index, non avec sa pulpe. Son abduction est « aussi très-limitée. Le premier mouvement résulte de l'action « simultanée de l'abducteur et du court fléchisseur ; le second, « de l'action du long abducteur du pouce. En résumé la main « d'un paralysé du médian jouit de presque tous les mouve-

« ments si on les consulte isolément. Tous sont produits par des « muscles voisins suppléant ceux qui sont paralysés.

« Aussi ne faut-il pas en conclure que le nerf n'a point été « divisé entièrement ou qu'il s'est régénéré. Ce ne sont ni les « mouvements ni les usages de la main qu'il faut interroger, *mais « les musles*. S'ils n'obéissent pas aux ordres de la volonté, mais « restent inertes sans saillie tendineuse ni musculaire, si surtout « ils sont notablement atrophiés, le nerf est bien réellement « interrompu dans sa continuité, et son action est annulée. Il « faut chercher la théorie des mouvements qui persistent, en « s'éclairant de la théorie si naturelle et si vraie que j'ai appelé « la mobilité suppléée. »

2° Sensibilité suppléée.

« Après la section du médian, la partie de la peau de la main « et des doigts sur laquelle la sensibité est altérée est disposée « sous forme de région ou de plaque qui correspond à la disposi- « tion anatomique du nerf médian.

« Cette plaque correspond à la face palmaire du pouce, de l'in- « dex, de la moitié externe du médius de l'éminence thénar et « d'une portion du creux de la main; elle se prolonge sur la face « postérieure des troisième et deuxième phalanges de l'index, du « médius et souvent de la deuxième du pouee.

« Dans les points de maximum d'anesthésie, une épingle « peut être enfoncée jusqu'au sang sans occasionner de souf- « france, à mesure qu'on s'éloigne de ces points, la pointe de « l'épingle doit être moins enfoncée pour être sentie.

« Les impressions tactiles sont perçues comme les précédentes.

« Les frottements sont mieux perçus que le simple contact, *quel- « quefois ce sont les seules sensations accusées sur les points de « maximum d'anesthésie*. »

L'explication de la persistance de cette sensibilité n'est pas la section incomplète, puisque l'opérateur est sûr d'avoir bien coupé tout le nerf, ni la régénération, puisque tous les muscles répondant au médian restent paralysés et que cette sensibilité est constatée quelques heures après l'opération.

Il faut nécessairement admettre une suppléance sensitive des nerfs voisins; cette sensibilité suppléée s'opère par deux voies : 1° les anastomoses; 2° l'ébranlement transmis aux papilles saines voisines de la région paralysée.

Un tronc nerveux ne chemine pas de sa sortie du plexus à son point de distribution ultime sans contracter en route des anastomoses avec les nerfs voisins. L'anatomie démontre l'existence de ces anastomoses de plus en plus nombreuses à mesure qu'on se rapproche de la périphérie et dont les unes sont régulières et normales, les autres inconstantes. On conçoit que par ces anastomoses l'extrémité périphérique d'un nerf coupé reste dans une certaine mesure en communication avec les centres nerveux par les fibres nerveuses, soit directes, soit récurrentes.

Les remarquables recherches de MM. Arloing et Tripier, répétées et reconnues exactes par M. Vulpian, confirment la réalité anatomique et démontrent le rôle physiologique de ces communications.

Il résulte de ces recherches que le bout périphérique de l'un quelconque des troncs nerveux du membre supérieur jouit d'une véritable sensibilité récurrente, qui a pour voies de passage les troncs nerveux voisins; que cette extrémité, après sa dégénérescence, conserve toujours un certain nombre de tubes nerveux intacts et non dégénérés, correspondant aux tubes qui, dans l'extrémité centrale, s'altèrent au milieu de l'ensemble du nerf resté sain. Dans les ramifications secondaires, les mêmes faits s'observent ainsi aux doigts tant qu'il reste un seul nerf collatéral intact; l'extrémité coupée des trois autres reste sensible et le doigt continue à percevoir les impressions douloureuses. M. Létiévant ne croit pas que la théorie des anastomoses explique à elle seule toutes les sensations perçues par le malade dans la région paralysée. En effet, si l'on explore la plaque anesthésiée, on constate que dans les points où ni la brûlure, ni la piqûre, ni le contact exercé sans frottement ne sont appréciés, le frottement même léger, pratiqué par exemple à l'aide d'une pointe d'épingle, fait éprouver une sensation au malade, et que celui-ci perçoit non-seulement le frottement, mais peut en préciser les détails d'intensité et de direction. Avec l'auteur, nous croyons que l'explication naturelle de ces faits est dans la transmission, soit aux papilles voisines, soit aux nerfs voisins de l'ébranlement produit sur une partie insensible.

On peut même dire en développant cette idée que tel est le mécanisme normal des impressions sensitives dans lesquelles nous trouvons toujours un intermédiaire insensible, épiderme, ongle, poil ou dent entre l'agent extérieur et l'organe nerveux.

Le même travail patient et méthodique appliqué aux autres nerfs du membre supérieur à ceux du membre inférieur et à ceux de la face, l'analyse des faits publiés conduisent aux mêmes conclusions que l'étude faite sur le nerf médian et permettent à l'auteur de généraliser la théorie des suppléances.

La régénération, lorsqu'elle se produit, n'a la plénitude de ses effets qu'après de longs mois, et se reconnaît à l'intégrité des divers modes de la sensibilité et au retour des contractions dans les muscles jusque là paralysés.

M. Létiévant explique par la stupeur locale, sans en donner du reste le mécanisme, le fait quelquefois observé de perte de la sensibilité pendant un temps plus ou moins long, et de sa réapparition alors qu'on s'éloigne du traumatisme. Cette anesthésie momentanée d'une région qui vient d'être l'objet d'un traumatisme ou d'une opération est bien connue des physiologistes et des chirurgiens. C'est l'oubli de ce fait qui avait conduit Laugier à l'in-

terprétation erronée d'une régénération nerveuse rapide sur le malade auquel il avait pratiqué la suture du nerf médian.

Pour bien apprécier le mérite et l'originalité de cette première partie et rendre pleine justice à l'auteur, il faut avoir lu dans les comptes-rendus de l'Académie des sciences et dans les bulletins de la Société de chirurgie de combien d'appréciations contradictoires et erronées ont été entourés les faits de sections nerveuses.

En 1864, Houel, à l'occasion d'un fait de Nélaton, admettait la réunion effective des deux bouts du médian après huit ou dix jours; Laugier déclarait que cette réunion pouvait après la suture s'effectuer en quelques heures; Velpeau lui-même disait que de pareils faits ne sont pas absolument isolés dans la science, et contribuait à appuyer de son autorité la théorie de la réunion immédiate ou rapide. Sans doute Verneuil et Broca contestaient la vérité de cette interprétation, ce dernier répondait : « Les mouvements signalés par M. Houel peuvent bien ne pas reconnaître pour cause la réunion des extrémités des nerfs ; a-t-on pour s'en assurer observé la peau centimètre par centimètre? a-t-on interrogé les muscles un à un? il le faudrait pour admettre que les fonctions du nerf médian étaient rétablies, et que ce qu'on observait n'était pas dû au radial ou au cubital. » Mais à cette objection de Velpeau que la réunion du nerf était bien la cause du rétablissement des fonctions, puisque avant cette réunion ces fonctions n'existaient pas, Broca et Verneuil ne savaient que répondre, et celui-ci déclarait qu'en pareil cas il est plus sage d'avouer son ignorance que de se livrer à des hypothèses que rien ne démontre.

La question n'était pas beaucoup plus avancée en 1868, alors que Tillaux, abordant les mêmes questions dans un rapport sur le mémoire de Paulet, terminait en disant : « C'est donc là un sujet obscur et difficile qui mérite d'occuper le chirurgien et le physiologiste. »

La chirurgie lyonnaise a contribué plus que toute autre à résoudre ces difficultés et à dissiper ces obscurités ; après les recherches expérimentales de MM. Arloing et Tripier, après l'étude à la fois physiologique et clinique de M. Létiévant, la question est éclaircie dans son ensemble et dans ses détails. Sans doute avant M. Létiévant la théorie des suppléances avait été pressentie ; nous l'avons retrouvée dans l'argumentation de M. Broca ; mais cette théorie, faute d'être approfondie et étayée de preuves solides, restait à l'état de simple hypothèse et ne constituait pas comme aujourd'hui une doctrine que nous croyons inattaquable et définitive.

Après l'éloge, la critique trouverait bien çà et là quelque occasion de s'exercer ; nous la limiterons à un seul point. L'auteur, en plusieurs passages, traite avec quelque ironie et irrévérence les expérimentateurs sur les chiens et les chats. Pourtant, et sans parler de la part qu'ont eue les recherches de physiologie pure de

MM. Arloing et Tripier à la solution définitive, on peut dire que dans cette question les chirurgiens ont contribué plus que les physiologistes au retard de cette solution. Dès 1850, Waller avait dit : Toutes les fois qu'un nerf a été coupé, le bout périphérique subit une dégénération complète. Ce fait bien établi pouvait faire dès le début connaître où était la vérité et quelle était la voie à suivre pour la trouver. Ce sont précisément les chirurgiens, et les plus illustres qui, forts des explorations faites sur l'homme, vinrent contester et ébranler la découverte de Waller. Si, depuis, quelques physiologistes ont été entraînés à des conclusions erronées par suite d'expériences bien faites mais mal interprétées, c'est que précisément ils avaient subi la pression chirurgicale.

Indications. — La deuxième partie est une étude approfondie des indications des sections nerveuses simples ou multiples dans les névralgies, les douleurs symptomatiques de certaines affections, le tétanos traumatique, l'épilepsie, les contractures, les tumeurs et les blessures des nerfs.

De ces affections, deux surtout, les névralgies et le tétanos traumatique ont pour le chirurgien un intérêt particulier.

Après avoir exposé les opinions contradictoires émises sur l'utilité de la névrotomie dans les névralgies, l'auteur, appuyé sur des considérations théoriques et sur l'analyse des faits publiés, conclut à cette utilité dans les névralgies d'origine périphérique, et même dans les névralgies d'origine centrale, quoique alors le succès soit moins certain.

Ce succès, lorsqu'il est obtenu, peut s'expliquer par deux raisons théoriques : 1° l'interruption des tubes moteurs empêche la production des crampes et spasmes, qui sont parfois un des éléments de la douleur ; 2° la section des tubes sensitifs peut avoir une action secondaire atrophique sur les portions des centres nerveux d'où ces tubes émanent.

La statistique générale des résultats donne, sur 99 faits recueillis et résumés, 65 succès. Nous avons des doutes très-sérieux sur la valeur de cette statistique ; car, si déjà pour les opérations courantes il y a tendance à publier de préférence les cas heureux, cette tendance est plus forte encore pour les opérations exceptionnelles et contestées. Comme correctif, nous ajouterons que, avec les règles déjà précises posées par l'auteur dans ses conclusions, règles que l'expérience ultérieure précisera mieux encore, on peut espérer dans l'avenir une somme de succès plus grande que celle qui est donnée par la statistique précédente.

Les mêmes réflexions peuvent s'appliquer à l'étude de la névrotomie dans le tétanos : dix succès sur seize cas. L'indication de la névrotomie se limite au tétanos traumatique ; l'opération est surtout efficace lorsqu'elle est pratiquée hâtivement et que l'exploration locale et le signe de Wood permettent d'attribuer à une branche nerveuse déterminée le point de départ de l'affection. Le

signe de Wood consiste à explorer par la pression au-dessus de la plaie, les troncs et filets nerveux et à préciser celui d'entre eux dont la pression détermine une douleur qui répond à la plaie.

Procédés opératoires. — La troisième partie, consacrée à la description des procédés opératoires, se prête mal à l'analyse. Nous éprouvions le regret en lisant cette partie de ne pas voir rattacher aux procédés opératoires décrits pour les ligatures artérielles la recherche de tous les nerfs que l'on peut découvrir par les mêmes incisions ; cela offrait l'avantage de relier les notions moins usuelles à des faits plus généralement étudiés et connus ; mais qui sait si, avec le perfectionnement de plus en plus grand des moyens d'hémostase et de compression artérielle, les ligatures des artères dans leur continuité, déjà bien rares, ne deviendront pas tout à fait exceptionnelles et plus rares dans la chirurgie hospitalière, du moins que les sections des nerfs. S'il en est ainsi, M. Létiévant, auteur du premier ouvrage d'ensemble publié sur ces questions, aura plus que personne contribué à préciser les indications et à généraliser la pratique des sections nerveuses.

En terminant, nous dirons que le traité des sections nerveuses constitue une œuvre sérieuse et forte, entreprise sous l'inspiration d'une idée fondamentale ; cette idée, fouillée dans ses moindres détails, substitue à la théorie de la régénération trop facilement admise et applicable seulement à quelques cas bien déterminés aujourd'hui, la théorie des suppléances motrice et sensitive que nous croyons inattaquable.

P. Aubert.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences de Paris. — M. Vulpian adresse une note *sur la réunion bout à bout des fibres nerveuses sensitives avec des fibres nerveuses motrices.* L'auteur avait, en 1863, en collaboration avec M. Philippeaux, fait une expérience célèbre sur la réunion bout à bout de l'extrémité périphérique d'un nerf moteur (nerf hypoglosse) avec le bout central d'un nerf de sensibilité spéciale (nerf lingual). La réunion de ces deux portions étant obtenue, l'excitation du nerf lingual produisit, par l'intermédiaire de la portion périphérique de l'hypoglosse, des mouvements considérables de la langue. Cette expérience fit époque et devint classique, elle semblait montrer que les fibres nerveuses des nerfs sensitifs et celle des nerfs moteurs, dont la structure est d'ailleurs identique, étaient aussi semblables sous le rapport des propriétés physiologiques et pouvaient se remplacer mutuel-

lement pour la transmission des impressions sensibles ou le parcours des incitations motrices.

Le fait expérimental était vrai, mais l'interprétation était inexacte et fautive, et M. Vulpian, le reconnaissant, est revenu sur cette question avec une bonne foi fort louable et bien rare.

Ayant, en effet, constaté plus nettement qu'on ne l'avait fait auparavant que le nerf lingual contient dans tout son parcours des fibres anastomotiques provenant, par la corde du tympan, d'un nerf moteur, le facial, il a recherché si les excitations faites sur le bout central du lingual sont transmises au segment périphérique du nerf hypoglosse par les fibres sensitives du nerf lingual ou par les fibres anastomotiques de la corde du tympan. Pour cela, après avoir soudé le bout central du nerf lingual au bout périphérique du nerf hypoglosse, il coupait la corde du tympan à son passage dans l'oreille moyenne. Quelques jours après cette section, l'irritation mécanique ou l'excitation galvanique du lingual ne produisait aucune contraction des muscles de la langue. Cette expérience montre donc clairement que les faits de réunion bout à bout du nerf lingual et du nerf hypoglosse ne sauraient plus être invoqués comme prouvant que les excitations électriques ou mécaniques portant sur des fibres sensitives peuvent se transmettre librement à des fibres motrices.

— M. Hayem, dans un travail important, conclut d'une série d'expériences faites sur le lapin que l'*arrachement ou même la simple résection du nerf sciatique* est suivi d'une myélite cicatricielle qui peut être le point de départ d'une sorte de myélite centrale généralisée, caractérisée principalement par une dégénérescence atrophique des cellules nerveuses.

— M. Boutin, qui s'est déjà occupé du sujet qu'il traite aujourd'hui, appelle l'attention des agriculteurs et des savants sur la proportion considérable d'azotate de potasse que renferment la plupart des espèces de la famille des amarantacées, et qui peut s'élever jusqu'à 22 pour 100 de la plante desséchée. La culture de ces espèces pourrait, suivant lui, être appliquée à l'obtention du nitre, ou fournir de précieux engrais pour la culture intensive. (*Séance du 26 janvier.*)

— Le regretté Ch. Legros, en collaboration avec M. Magitot, avait institué des expériences de greffes animales portant sur des organes ou des tissus à l'état embryonnaire, et parmi ceux-ci le follicule dentaire et les organes qui le constituent.

Voici les conclusions auxquelles ils sont arrivés et qui sont fournies par 88 greffes :

1° Les greffes de follicules dentaires ou d'organes folliculaires isolés, n'ont donné de résultats dans nos expériences qu'entre animaux du même ordre zoologique.

2° Les expériences consistant à transplanter des portions plus ou moins volumineuses de mâchoires avec des follicules inclus ont échoué par supuration ou résorption.



3° Les greffes d'organe de l'émail isolément paraissent vouées invariablement à la résorption.

4° Les follicules entiers et les bulbes dentaires isolés peuvent continuer à vivre et se développer.

5° Dans certaines circonstances, l'accroissement s'effectue régulièrement et sans autre différence avec l'état normal qu'une notable lenteur dans les phénomènes d'évolution

6° Dans d'autres circonstances, quelques troubles dans la formation de l'ivoire et de l'émail se sont produits et leur étude a pu être utilement appliquée à la recherche des phénomènes si obscurs du développement de l'organe dentaire.

7° Les résultats qui ressortent de ces expériences peuvent ainsi être réunis à ceux qui sont déjà acquis dans la voie de la greffe chirurgicale.

M. Bobierre revient, dans un nouveau mémoire, sur les *conditions dans lesquelles le plomb est attaqué par l'eau*. On se rappelle que, pour lui, l'altération du plomb par l'eau a surtout lieu lorsque le métal est, à la fois ou alternativement, en contact avec le liquide et l'air. Il résulte de ses nouvelles expériences que le sulfate de chaux, et vraisemblablement les sels calcaires en général, préservent le plomb de l'action altérante de l'eau, mais qu'il y a lieu toutefois de ne pas regarder cette préservation comme absolue lorsque le métal est au contact de l'eau et de l'air.

Suivant, lui, au lieu de dire, comme on le fait, que le plomb n'est pas attaqué par l'eau calcaire, il conviendrait de formuler plus exactement la proposition en la ramenant à ces termes : Dans les tuyaux de plomb agissant sans charge et, par suite, constamment pleins de liquide, l'eau potable n'altère pas sensiblement ce métal ; c'est là, en somme, le cas pratique qui intéresse spécialement les hygiénistes.

— M. Belgrand transmet à ce propos une lettre du docteur Lesheby, qui, tous les mois, fait officiellement l'analyse des eaux distribuées à Londres, et de laquelle il résulte que l'action alternative de l'eau et de l'air n'est pas aussi préjudiciable que le prétend M. Bobierre.

M. Lesheby nous apprend qu'à Londres comme à Paris les conduites publiques sont en fonte et les branchements particuliers en plomb, mais, en outre, à Londres, chaque abonné reçoit l'eau dans un *réservoir doublé de plomb*, se remplissant dans les vingt minutes pendant lesquelles les compagnies fournissent l'eau et se vidant nécessairement pendant le reste de la journée. Or, ces 500,000 réservoirs (il y a à Londres plus de 500,000 maisons, tandis qu'on en compte 70,000 seulement à Paris) n'ont jamais été attaqués d'une manière notable, et jamais la présence du plomb n'a pu être constatée dans les eaux publiques distribuées.

Il y a dans la façon de traiter la question si importante au point de vue de l'hygiène publique de l'action de l'eau sur le plomb un

malentendu que nous n'avons pas encore vu signaler et que M. Bobierre, entre autres, n'a fait qu'augmenter, c'est que l'action de *l'eau en mouvement* dans les tuyaux n'est certainement pas la même que celle de *l'eau en repos* qu'étudient la plupart des expérimentateurs. Sans vouloir insister sur ce point, il y a là évidemment pour nous des conditions d'action très-différentes, et nous avouons que, pour notre compte, et au point de vue étroit de la pratique, nous récusons toutes les expériences qui ont été faites sans en tenir compte. (*Séance du 2 février*.) KASTUS.

Académie de médecine de Paris. — M. Jules Lefort donne lecture d'un mémoire sur le rôle du ***phosphore et des phosphates*** dans la *putréfaction*. — Le rôle des phosphates, d'après l'auteur, se borne uniquement à multiplier les ferments en facilitant l'organisation des infusoires. Si ces sels ont le pouvoir d'activer la putréfaction sans qu'on puisse entrevoir une décomposition même partielle et une réaction chimique quelconque, toute la théorie de Liebig croule par la base. La fermentation putride devient alors, comme toutes les variétés de fermentation nettement définies, un phénomène corrélatif de la vie et non de la mort.

A la suite de cette lecture, M. Collin avait affirmé que l'on voit souvent, dans l'économie, des organes se putréfier sans que l'action des ferments soit bien manifeste, par exemple dans le cerveau, qui se putréfie en dehors de toute influence extérieure.

MM. Chauffard et Wurtz font observer que la putréfaction dont parle M. Collin n'en est pas une ; à la période dont il parle, il y a une sorte de ramollissement, de diffluence de la matière cérébrale, mais ce n'est pas la putréfaction, qui n'arrive dans cet organe que lorsque le corps entier entre en décomposition.

M. Pasteur, avec la juste autorité qui s'attache à son nom, affirme qu'il n'y a pas, dans la science, un seul cas de putréfaction sans l'intervention de germes extérieurs, car si la putréfaction était possible dans de telles conditions, elle devrait se produire surtout dans l'œuf ; or, jamais un œuf ne se putréfie sans qu'il y ait apport des germes de la fermentation, c'est ce qui arrive pour les œufs qui se décomposent en apparence spontanément à l'air. Cette décomposition tient à des germes qui, après avoir pénétré dans l'œuf après la période d'incubation, ne se trouve que plus tard dans des conditions suffisantes pour déterminer la putréfaction.

— La présentation d'un rapport de M. Boudet sur les tuyaux de plomb pour la conduite des eaux, donne lieu à une discussion de laquelle il ressort ce double fait : Les eaux contenant des sels calcaires forment avec le plomb un carbonate double de chaux et de plomb insoluble, qui incruste les tuyaux et les protége contre les altérations ultérieures ; les eaux de Paris sont exemptes de toute

nocivité due aux tuyaux de plomb. (*Séance des 24 février et 3 mars 1874.*)

Société de chirurgie de Paris. — M. Verneuil lit un rapport sur un travail de M. Krishaber, intitulé : *Le galvanocautère appliqué à la trachéotomie chez l'adulte.*

M. Verneuil résume l'historique de la question en quelques lignes. Vers 1862, Middeldorff conçoit l'idée d'appliquer le galvanocaustique à la trachéotomie, sans mettre son projet en pratique. En 1867 et 1869, M. Bruns fait deux tentatives si peu fructueuses qu'il ne publie pas ses observations et qu'il se contente de les mentionner en quelques mots peu clairs.

En 1870, M. Amussat essaye, de son côté, et réussit, mais le fait reste inédit. En avril 1872, M. Verneuil fait connaître un succès et décrit minutieusement l'opération. En octobre 1872, Voltolini fournit une observation complète. En décembre 1872, P. Bruns réclame pour son père et juge défavorablement le procédé sans paraître avoir lu le travail de M. Verneuil. En janvier 1873, Em. Bourdon fait paraître un mémoire aussi complet que le permet l'état de la science. En novembre 1873, Krishaber communique deux observations originales et conclut au rejet du procédé.

M. Verneuil analyse ensuite les deux observations de M. Krishaber, le cas de Voltolini et les objections de M. P. Bruns. Il considère la trachéotomie chez l'adulte comme une opération émouvante au plus haut degré, délicate, souvent très-laborieuse, et n'étant guère accessible qu'aux chirurgiens à la fois hardis et habiles. L'hémorrhagie pendant l'opération est parfois considérable, et peut ne pas s'arrêter après la mise en place de la canule (opération faite par Maisonneuve sur une femme de quarante-quatre ans ; thèse d'Obédénare, 1866, p. 34). Il existe une autre source d'hémorrhagie : la muqueuse trachéale ; le sang tombe inévitablement dans les bronches (Chassaignac, *Médecine opératoire*).

M. Verneuil ne saurait donc accepter l'opinion de M. Krishaber, qui dit que l'hémorrhagie intrabronchique ne lui inspire guère de crainte.

L'écoulement sanguin n'est pas seulement fâcheux pour les difficultés qu'il apporte à la bonne et prompte exécution de la trachéotomie, il compromet encore le succès par l'anémie qu'il engendre. Ainsi l'hémorrhagie, presque inséparable de l'usage du bistouri, constitue le danger principal de la trachéotomie chez l'adulte.

Le danger est si universellement et depuis si longtemps reconnu, que maintes modifications ont été apportées au manuel opératoire dans le but spécial de le prévenir. Les uns pénètrent dans la trachée avec un trocart spécial dont la canule, remplissant exactement l'ouverture, empêche l'écoulement du sang. Les

autres proposent de frayer la voie par la cautérisation. Pollineau (1829, *Doctorat*) décrit un couteau spécial et fait des expériences sur les animaux. Une proposition analogue a été faite par M. de Saint-Germain, et M. Muron a expérimenté sur des chiens.

En 1856, Dujardin (de Lille) proposait les caustiques (*Gazette des hôpitaux*, p. 602), M. Chassaignac a mis en usage son écraseur linéaire. Récamier, avec le bistouri, pratiquait l'opération en deux temps. D'autres chirurgiens font la laryngotomie thyro-cricoïdienne, ou tout au plus la laryngo-trachéotomie. Malgré tous ces efforts et toutes ces tentatives ingénieuses, la pratique est encore indécise, ce qui prouve qu'aucun procédé ne jouit encore d'une efficacité constante. Si une méthode opératoire parvenait sûrement à supprimer l'hémorrhagie ou à la rendre insignifiante, elle devrait réunir tous les suffrages et devenir d'un emploi général. C'est ce qu'a fait la galvano-caustique dans la majorité des cas (adultes et enfants compris) dans lesquels elle a été mise en pratique.

Le couteau galvanique peut réaliser et même réalise souvent, même chez l'adulte, l'hémostase immédiate d'une manière absolue (observ. I, II et III de M. Verneuil ; observ. de M. Bourdon). Chez deux opérés, le col était court, la trachée profonde ; embonpoint excessif. Ainsi, les dispositions anatomiques défavorables qui rendent si pénible l'opération au bistouri, n'empêchent pas nécessairement l'efficacité du galvano-cautère.

Mais on ne peut pas toujours compter sur une action hémostatique aussi parfaite. Dans quatre faits, le sang a coulé en plus ou moins grande abondance pendant l'opération. Enfin, dans le premier cas de M. Krishaber, il survint une hémorrhagie secondaire.

M. Verneuil recherche avec soin les origines et les causes de l'hémorrhagie, hémorrhagie artérielle, hémorrhagie veineuse, hémorrhagie secondaire. Cet accident ne paraît pas avoir jusqu'ici une influence bien marquée sur le résultat définitif de l'opération.

L'hémostase primitive et définitive n'étant pas assurée, M. Verneuil cherche pourquoi elle manque dans certains cas. L'hémorrhagie immédiate peut tenir du mauvais usage de l'instrument. Le couteau doit être mousse, volumineux ; il doit consister en un fil de platine d'au moins 1 millimètre un quart de diamètre, simplement replié et gardant sa forme cylindrique. Ne porter le couteau qu'au rouge sombre. Ces conditions existaient-elles dans les opérations accompagnées ou suivies d'hémorrhagies ? La pointe de l'instrument de Voltolini avait été rendue aussi aiguë que possible à l'aide de la lime et de la meule. M. Krishaber s'est servi vraisemblablement du couteau aplati qu'on trouve d'ordinaire dans les boîtes, et que M. Verneuil déclare défectueux. Pareille chose arriva à M. Verneuil dans un cas ; il n'avait à sa disposition qu'un fil de platine mince et aplati.

L'exécution satisfaisante de la trachéotomie galvanique exige en moyenne, chez l'adulte, quatre à cinq minutes ; chez son malade, M. Krishaber n'a-t-il pas conduit son couteau un peu trop précipitamment ? Le malade asphyxiait, il fallait aller vite.

Toute artère coupée avec le couteau galvanique et qui donne du sang doit être liée, règle qui s'applique également aux grosses veines. Aussitôt le jet de sang constaté, il est essentiel de pratiquer la ligature ; car il suffit de peu de sang pour éteindre le cautère.

— M. Dolbeau présente une *sonde exploratrice à courbure brusque*, permettant de bien toucher les calculs et produisant un choc que l'on peut facilement entendre autour du lit du malade, alors que les sondes ordinaires ne donnent aucun résultat. Cet instrument, analogue à celui de M. Thompson, est aussi terminé par un petit tambour. M. Guyon emploie une sonde à peu près semblable à celle de M. Dolbeau.

— M. Desprès présente, au nom de M. de Saint-Germain, absent, un enfant porteur d'une *tumeur érectile*. Quinze jours après la naissance, on remarqua une petite tache sur la paupière supérieure ; aujourd'hui, l'enfant a onze mois, et la tache érectile a pris un développement énorme, occupant la moitié gauche du crâne, la paupière supérieure et une partie de la joue. M. Blot fait remarquer l'incurie inconcevable des parents qui laissent se développer une pareille tumeur sans chercher à y porter remède. La tumeur a 1 centimètre d'épaisseur à sa partie moyenne. La vaccination serait dans un cas pareil sans aucun effet.

— M. Dubreuil lit le rapport sur le prix Duval. La thèse de M. Poinsot : *De la conservation dans le traitement des fractures compliquées*, a été placée en première ligne par la Commission. L'auteur a recueilli ses nombreuses observations à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux.

M. Poinsot montre, dans son travail, qu'Archigène faisait la ligature des artères après les amputations. (*Séance du* 31 *décembre*.)

Société médicale des hôpitaux de Paris (*D'un signe pathognomomique dans les intoxications cuivreuses*. — M. Bailly, de Chambly (Oise), présente à la Société un travail sur ce sujet. C'est, pour l'auteur, la présence constante d'un liseré cuivreux qui serait le signe pathognomomique de l'intoxication par le cuivre.

Lorsqu'on examine les dents d'un ouvrier qui a été quelque temps dans un milieu chargé de particules cuivreuses, on est frappé de la coloration bleu verdâtre qui recouvre la base des dents. Ce n'est pas un liseré plat, régulier, à bords parallèles, mais un liseré à teinte fondue s'éteignant graduellement. La cou-

leur varie du vert bleuâtre tendre au bleu foncé, et atteint son maximum au niveau des dents incisives (il manque toujours sur les grosses molaires).

Quelques jours suffisent souvent pour que le liseré soit évident ; d'autres fois, après deux ou trois mois, il est à peine sensible. Il ne disparaît que difficilement au bout de plusieurs mois passés à l'abri de poussières cuivreuses.

En aucun cas la gencive ne porte la trace de liseré cuivrique, mais, neuf fois sur dix, elle est le siége d'une inflammation chronique qui amène chez les vieux cuivreux le déchaussement des dents.

M. Bailly s'est assuré que la coloration des dents est bien due à un sel de cuivre. En effet, le sulfocyanure de potassium a déterminé le changement de la coloration verte en brun foncé qui tranche sur l'émail blanc de la dent.

L'auteur pense que le liseré est produit par un dépôt cuivrique après absorption, c'est-à-dire se faisant du dedans au dehors. Le cuivre est absorbé ou à l'état de poussière, ou, déposé sur la main, il s'oxyde au contact de la sueur et pénètre dans l'économie sous cette forme. L'auteur rappelle à ce sujet les conclusions du travail de Martin Solon sur le liseré plombique, et M. Bucquoy, qui fait un rapport sur le travail de M. Bailly, cite l'observation de Gombault (contribution à l'histoire anatomique de l'atrophie musculaire saturnine (*Archives de physiologie*, 1873), où M. Grehant a trouvé des particules de sulfure de plomb dans les cellules profondes des papilles de la muqueuse des lèvres.

M. Bucquoy est pourtant d'une opinion différente sur le liseré plombique ; il pense que ce liseré se produit directement, c'est-à-dire de dehors en dedans. A l'appui de son assertion, il rapporte l'observation d'une jeune fille atteinte d'intoxication saturnine qui présentait un liseré très-intense sur les gencives et sur la muqueuse de la partie interne des deux lèvres. Or, à la partie interne des lèvres, cette coloration reproduisait exactement les sinuosités du liseré gingival, c'était une véritable empreinte du liseré gingival sur la muqueuse labiale ; ce qui démontre, suivant l'auteur, que la coloration ardoisée est le résultat d'une action directe et locale. Il en serait du cuivre comme du plomb.

M. Bouchard se demande si le cuivre ne se comporterait pas comme l'argent, qui, on le sait, colore les organes profonds, où il ne peut être déposé qu'après absorption. On a, en effet, trouvé le cuivre dans les os. Pourquoi ne se déposerait-il pas après absorption dans les dents qui, par leur structure, ressemblent tant aux os.

Le réactif sulfocyanure a échoué dans les recherches de plusieurs de ses collègues sur le liseré cuivrique. Ce fait peut être dû à ce que le dépôt n'est pas superficiel, mais profond. Nouvel argument en faveur de la théorie de l'élimination du cuivre au niveau des dents après absorption. Enfin, peut-être les recher-

ches ultérieures sur l'intoxication cuivreuse démontreront-elles l'absorption de ce métal et les symptômes qu'elle détermine. (*Séance du* 12 *décembre* 1873.)

Société anatomique de Paris. — M. Hallopeau lit une note pour servir à l'étude physiologique de l'*apoplexie*. Le nommé X... entre, dans le courant du mois d'août 1870, à l'hôpital Lariboisière, service de M. Millard. C'est un homme robuste, de cinquante-cinq ans. La veille au soir, il a été frappé d'une attaque apoplectique. Au moment de l'examen, il est dans un état demi-comateux; on peut voir cependant que la résolution est moins complète du côté droit. Les traits se contractent lorsque l'on pince fortement les téguments du membre inférieur droit.

A gauche, les excitations douloureuses ne sont pas perçues; la bouche se dévie du côté droit, les pupilles sont contractées. Les mouvements réflexes sont complètement abolis dans le membre inférieur gauche; ils sont conservés à droite. Le malade meurt dans la nuit. A l'autopsie, on constate une hémorrhagie du corps strié de la couche optique et du pédoncule cérébral droit ayant fait irruption dans les ventricules. La moelle paraît tout à fait normale.

Il ressort de cette observation qu'une lésion de la moitié droite de l'encéphale peut déterminer l'abolition des mouvements réflexes dans le membre inférieur gauche, c'est-à-dire qu'elle peut annihiler momentanément le pouvoir excito-moteur de la substance grise dans la moitié gauche du renflement lombaire.

Ce phénomène ne peut s'expliquer ni par une élévation de la pression intrarachidienne ni par une paralysie des vaso-moteurs de la moelle, puisqu'on a alors de l'exagération des mouvements réflexes.

M. Hallopeau le rapproche des faits observés par Vulpian, Herzen et Schiff. Ces auteurs ont vu, en effet, que par une forte excitation du cerveau ou de la moelle on paralyse les nerfs périphériques.

M. Brown Sequard, du reste, rattache la syncope à une cause semblable.

M. Hallopeau pense donc que l'on ne saurait ranger tous les troubles observés dans l'apoplexie par une suspension de l'action du cerveau; tels sont le ralentissement du pouls, la gêne de la respiration, l'affaiblissement ou la disparition des mouvements réflexes, sans lesquels la déglutition ne peut s'accomplir; enfin, la paralysie momentanée du pouvoir excito-moteur de la moelle, que l'auteur attribue à une action d'arrêt, produit sur le bulbe et la moelle par une excitation cérébrale.

M. Hallopeau termine par ces conclusions :

1° Une lésion unilatérale de l'encéphale peut produire, en même temps que les phénomènes apoplectiques, un trouble dans les fonctions de la moitié opposée de la moelle et, par suite, une

abolition des mouvements réflexes dans le membre inférieur correspondant ;

2° Le fait semble devoir être rapporté à une action d'arrêt ; l'excitation partie de l'encéphale paraît exercer une action paralysante sur la moitié opposée de la moelle ;

3° On peut supposer que l'ensemble des phénomènes apoplectiques se produit suivant le même mécanisme. *(Séance du 7 novembre* 1873.)

Académie de médecine de New-York. — Sous le nom d'*exploration intrarecto-abdominale*, cette Société s'est occupée d'un moyen de diagnostic physique usité depuis longtemps en médecine vétérinaire sur les grands animaux, et que le professeur Simon (d'Heidelberg) a mis en honneur l'année dernière. L'exploration intrarecto-abdominale aurait même de plus anciens parchemins ; car le professeur Dennig a dit, à l'Académie de New-York, l'avoir mise en pratique, dès 1842, sur un homme de quarante-huit ans, qui n'en éprouva aucun effet fâcheux.

Ce mode d'exploration consiste à introduire la main bien huilée dans le rectum en dilatant progressivement l'anus et en faisant pénétrer successivement deux, trois, puis quatre et cinq doigts ; une fois que le poignet est parvenu dans l'ampoule rectale, on le fait pénétrer avec précaution dans l'S iliaque, puis dans le colon, de manière à pouvoir explorer ainsi non-seulement le bassin, mais encore toute la cavité abdominale jusqu'au diaphragme. Le patient peut être éthérisé pour cette opération. Habituellement, il y a un peu d'incontinence des matières fécales pendant les premiers jours qui suivent l'exploration. Mais cet accident disparaît bientôt spontanément,

On a employé l'exploration intrarecto-abdominale dans des cas d'obstruction intestinale pour préciser le siége de l'obstruction ; mais il faut savoir que, dans ces cas, on encourt le danger de perforer l'intestin en raison de l'état d'altération plus ou moins avancée dans lequel il se trouve déjà.

Le docteur Charles Leale a pratiqué l'opération susdite, non pas dans un but d'exploration, mais dans un but curatif, à l'effet d'exciter le plexus solaire chez un malade qui avait tenté de se suicider par le chloroforme, et qui était dans un état de mort apparente. L'auteur parvint peu à peu jusqu'aux piliers du diaphragme, et, après avoir excité mécaniquement le plexus, il eut la satisfaction de voir la respiration devenir plus vigoureuse et le malade renaître bientôt. Dans ce cas, la dilatation de l'anus atteignit dix pouces, et la main parvint à quatre pouces au-dessus de l'ombilic ; elle était à seize pouces de l'anus, comme le démontra la mensuration pratiquée sur l'avant-bras.

Le docteur Morton fit la même opération sur un malade de vingt-six ans, chez lequel des douleurs abdominales très-vives donnaient à penser à la présence d'un calcul dans l'uretère ; la

main promenée dans l'abdomen, coiffée du gros intestin, sentit distinctement tous les organes et put s'assurer que les uretères étaient complètement libres et que les douleurs devaient être attribuées soit à une névralgie, soit à une masse de fèces durcies qui s'échappa par le fondement au moment de l'éthérisation. (*Philadelphia medical Times.*)

Ce mode d'exploration n'a pas paru sans danger à tous les membres de l'Académie de New-York ; M. le docteur Feaslee pense qu'il peut être utile quand il s'agit d'explorer les organes pelviques ; mais il croit que c'est exposer son malade à des accidents que de porter la main plus loin. (*The Doctor*, janvier et février 1874.)

NOUVELLES LOCALES ET DIVERSES

— Le lundi 23 novembre 1874, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical, un concours public pour la place de chirurgien major à l'hospice de l'Antiquaille.

Ce concours comprendra cinq séances : 1° Question d'anatomie et de physiologie à traiter de vive voix ; 2° Question médico-chirurgicale à traiter par écrit sur la syphilis ou sur les maladies cutanées ; 3° Question de chirurgie et de médecine opératoire à traiter de vive voix ; opération chirurgicale pratiquée sur le cadavre ; 4° Examen clinique d'un malade atteint d'une affection chirurgicale et choisi par le jury ; consultation écrite sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie présentée ; 5° Examen clinique de deux malades atteints de maladies spéciales et choisis par le jury ; consultation orale sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies présentées.

Le chirurgien major est nommé pour six ans : il entrera en fonctions le 1er janvier 1882. Il lui sera donné, comme chirurgien aide-major, dès sa nomination, un service temporaire, et, à partir du 1er janvier 1876, un service permanent.

Le traitement du chirurgien major est de deux mille francs par an ; celui des chirurgiens aide-major est de quinze cents francs.

— Dans la séance du 4 mars, la Société des sciences médicales de Lyon a procédé par voie d'élection au renouvellement partiel de son bureau. Ont été nommés : M. Félix Bron, vice-président, et MM. H. Coutagne et Fochier, secrétaires annuels. — Le bureau pour l'année 1874-75 se trouve donc ainsi composé : MM. Dupuy, *président;* F. Bron, *vice-président* ; Icard, *secrétaire général;* H. Coutagne et Fochier, *secrétaires annuels* ; Bianchi, *trésorier* : Marduel, *archiviste*.

Dans la même séance, la Société a voté une somme de trois cents francs pour l'érection d'une statue à Claude Bourgelat, le créateur de la science vétérinaire et des écoles où elle s'enseigne.

— Le concours qui vient d'avoir lieu à Lyon pour les places de chef de service de physique, chimie et pharmacologie, vacantes aux Ecoles vétérinaires de Lyon et de Toulouse, a été des plus brillants.

Le jury était composé de MM. Rouby, inspecteur général des Ecoles vétérinaires, Glénard, professeur à l'Ecole de médecine, Loir, professeur à la Faculté des sciences, Rodet, Tabourin, professeurs à l'Ecole vétérinaire, *juges titulaires*, et de M. Chauveau, *juge suppléant*.

Les élus du concours sont MM. Péteaux et Bidaud, médecins vétérinaires, qui, depuis plusieurs années déjà, remplissaient à titre provisoire les fonctions de chef de service.

— Neuf candidats se sont fait inscrire pour le concours qui doit s'ouvrir le 16 à l'Hôtel-Dieu de Lyon; ce sont : MM. Colrat, H. Coutagne, Debauge, Drivon, Franchet, Jacquet, H. Mollière, Patel, Vinay.

— Dans la séance du 2 mars, M. le professeur Desgranges a entretenu la Commission municipale de Lyon de l'état des négociations engagées avec le ministère par la députation du Rhône. au sujet de la création et de l'organisation de la Faculté de médecine.

Dans le projet du budget pour 1874, les diverses subventions à fournir par la ville concernant l'entretien du personnel et du matériel de l'Ecole de médecine, figurent pour une somme totale de 76,000 fr.

Afin de mieux assurer le succès des démarches qui se font au ministère, sur la proposition de M. Desgranges, la Commission a décidé qu'elle s'engagerait à payer cette somme pendant douze ans.

— L'auteur du mémoire qui a obtenu une mention honorable au concours ouvert par la Société de médecine, sur la question des *maladies virulentes*, est M. le docteur Dutreux, de Namur.

— M. le docteur Cruveilhier, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, etc., est mort à Limoges, où il s'était retiré depuis plusieurs années, à l'âge de 83 ans. Son aménité, son rare amour de la science laissent un souvenir et un exemple qui ne seront ni oubliés ni perdus.

— Un concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux aura lieu le 7 juillet 1874.

Les fonctions du chirurgien adjoint sont gratuites et ont une durée de dix ans.

Les chirurgiens adjoints remplacent, en cas d'absence, les chirurgiens titulaires au service desquels ils ont été attachés en vertu d'une décision de la Commission administrative, et font aux époques qui leur sont assignées le service mensuel des admissions et des consultations à l'hôpital St-André.

Les chirurgiens titulaires, nommés pour cinq ans, sont choisis par la Commission administrative, à la majorité absolue des suffrages.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Jean Rérolle, ancien interne des hôpitaux de Lyon, ancien chirurgien major de la première légion du Rhône. Son excellent cœur et ses qualités sympathiques lui avaient acquis de nombreux amis parmi ses camarades d'étude et ses collègues d'internat.

MÉTÉOROLOGIE. — MALADIES RÉGNANTES. — DÉCÈS.

FÉVRIER.	THERMOMÈTRE. Minim.	THERMOMÈTRE. Maxim.	BAROMÈTRE 9 h. matin	HYGROMÈTRE.	PLUVIOMÈTRE. mm	ÉVAPORATION.	VENTS.	ÉTAT DU CIEL.	OZONE.	DÉCÈS.
23	+ 1.4	+ 7.2	745	0.91	0.1	0.9	S.O.	Couv.	0	28
24	+ 0.8	+ 8.9	746	0.88	»	1.0	N.E.	Beau.	0	23
25	— 0.2	+ 9.4	743	0.88	»	1.3	—	—	6	21
26	+ 0.5	+ 12.0	738	0.67	»	3.6	S.	—	11	26
27	+ 7.8	+ 12.6	738	0.53	»	6.3	—	Couv.	15	30
28	+ 5.0	+ 15.3	743	0.85	18.3	3.7	N.O.	Couv.	12	20
1	+ 5.3	+ 8.9	747	0.80	1.6	1.0	—	Beau.	9	31
2	+ 5.9	+ 11.4	752	0.77	»	1.6	N.	—	10	26
3	+ 5.4	+ 10.2	754	0.74	»	1.7	—	Beau.	0	23
4	+ 5.6	+ 10.0	755	0.86	»	0.9	N.E.	Couv.	0	24
5	+ 1.3	+ 10.4	755	0.68	»	1.0	N.	Beau.	0	24
6	+ 0.8	+ 9.9	756	0.53	»	2.6	N.E.	—	0	20
7	+ 1.1	+ 9.8	755	0.68	»	3.5	—	—	0	23
8	— 0.4	+ 9.0	750	0.82	»	1.9	S.E.	—	0	28

Le caractère catarrhal s'affirme de plus en plus dans la constitution médicale actuelle, et les poumons font les frais des principales localisations.

Les pneumonies sont très-nombreuses, et elles sont toujours très-graves chez les vieillards à la Charité. Les bronchites aussi sont assez fréquentes, et les phthisiques sont très-sérieusement éprouvés depuis ces dernières semaines.

Beaucoup de rhumatismes articulaires aigus. Quelques angines catarrhales.

Peu de fièvres éruptives. Quelques rougeoles et quelques légères scarlatines, mais pas de varioles. Les varicelles sont encore assez nombreuses.

État satisfaisant des maternités et des services de chirurgie.

Le bulletin des causes de décès pour Lyon, du 23 février au 8 mars 1874 (deux semaines), donne les résultats suivants :

Variole, 1 ; — Scarlatine, 0; — Rougeole, 1 ; — Fièvres continues, 9 (typhoïde, 7 ; muqueuse, 0; catarrhale, 2) ; — Érysipèle, 3; — Bronchite aiguë, 19 ;— Pneumonie. 35 ; — Pleurésie. 2 ; – Dyssenterie, 0 ; Diarrhée, 5 ; — Cholérine, 0; — Choléra, 0; — Angine couenneuse, 1 ; Croup, 4 ; — Affections puerpérales, 1 ; — Affections cérébrales, 54 ; — Maladies du cœur, 22 ; — Phthisie, 68 ; — Catarrhe pulmonaire, 30 : — Autres maladies aiguës, 22; — Autres maladies chroniques, 51 ; — Affections chirurgicales, 13 ; — Causes accidentelles, 6 ; — Total : 347 — Mort-nés, 24.

Le président du Comité de rédaction,
P. DIDAY.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon. — Imp. Aimé Vingtrinier.

RÉGIME ALIMENTAIRE DES NOUVEAU-NÉS DANS LES HÔPITAUX.

Cette question vient de susciter à Paris une vive émotion, surtout à cause de l'article à sensation d'un journal politique, qui, s'emparant d'un mot sans en comprendre la portée, avait cru devoir sonner le tocsin pour un feu de paille. La très-grande majorité des nouveau-nés qui succombent dans les hôpitaux présentent les lésions de l'inanition, avait dit un médecin dans une Société savante. Sur ce, le journal en question vient crier au public que ces pauvres êtres meurent de faim ! — C'est un *bourgeois*, disent les peintres en parlant des personnes qui ne se rattachent à leur art que par des prétentions peu justifiées ; combien de *bourgeois* les médecins ne sentent-ils pas aux aguets, lorsqu'ils parlent entre eux et que la porte est seulement entre-bâillée, lorsque le journal où ils écrivent tombe entre les mains de quelque chroniqueur à bout de copie.

Dans les questions professionnelles ou personnelles, la divulgation intempestive peut tout au plus faire renaître une de ces moqueries déjà mortes bien souvent depuis et avant Molière ; il faut plaindre et ne pas imiter les intéressés qui s'en émeuvent. Dans les questions d'hygiène publique, l'émotion suscitée est trop juste pour n'en pas tenir compte. Rien de plus légitime, de plus utile que la vulgarisation judicieuse des principes de cette science ; rien de plus dangereux que l'application inconsidérée de ces principes par des gens incompétents, et dans des termes d'autant plus influents que l'ignorance de l'écrivain les met à la portée de celle du lecteur. Les exemples abondent ; l'alimentation des nouveau-nés vient de donner une leçon qui sera perdue comme tant d'autres ; mais elle a provoqué un remarquable rapport de M. Parrot, qui laissera plus de traces que l'article politique.

On y trouve discutées et déterminées les quantités de lait, de sucre et de féculents nécessaires pour l'allaitement artificiel des nouveau-nés, qui sont divisés en trois classes. Les enfants au-dessous d'un mois doivent avoir, par jour, 30 centilitres de lait et 3 décagrammes de sucre ; les enfants de deux à cinq mois

auront 60 centilitres et 4 décagrammes ; ceux de six mois à un an auront 70 centilitres et 5 décagrammes, et, en outre, 10 décagrammes de fécule, farine ou pain. A voir ces détails minutieux et précis, on se demande tout d'abord comment les choses se passent dans les hôpitaux dont on peut pénétrer le fonctionnement. Ce n'est pas qu'on veuille fournir aux médecins et administrateurs parisiens un modèle qu'ils se gardent de chercher en dehors de leur organisation, et que les principes de cette organisation les empêcheraient sans doute de suivre. Ce n'est pas non plus qu'on ne comprenne toutes les graves imperfections de détail que présente l'alimentation des nouveau-nés dans les hôpitaux de Lyon; mais, en lisant cette réglementation minutieuse d'un régime irrégulier par excellence, on éprouve le besoin de dire que ce qui se passe à Lyon vaut mieux que ce qui se fait à Paris.

Il n'y a, à Lyon, de nouveau-nés sans leurs mères que dans deux hôpitaux, la Charité et l'Antiquaille. A la Charité, il y a, pour les enfants sains, huit nourrices à demeure qui, chaque année, conservent la vie à un grand nombre de petits êtres que leurs mères malades sont obligées de confier à l'assistance publique. Les enfants suspectés ou atteints de maladies contagieuses (ceux de l'Antiquaille sont tous dans ce cas) sont alimentés à l'aide d'un lait très-pur apporté chaque matin d'une ferme appartenant aux hospices (le Perron). Les sœurs chargées du service ont droit à demander la quantité qui leur semble nécessaire. Il n'y a aucune limite, aucune réglementation. Lorsque le lait du Perron est insuffisant ou aigri, les sœurs vont elles-mêmes acheter du lait frais dans une de ces vacheries qui se sont multipliées à Lyon sous la dernière administration municipale. Le système de l'allaitement artificiel est donc réduit, à Lyon, à sa plus extrême simplicité. Pas de chiffres, pas de règlements, pas d'employés; beaucoup de lait pur et frais lorsqu'on ne peut pas donner une nourrice.

Disons tout de suite que, malgré cela, il y a bien des progrès à faire, que la mortalité est considérable, qu'il y a même des dangers inévitables à courir par le fait de la promiscuité des nourrices. La syphilis des nouveau-nés n'est pas toujours facile à saisir dans ses premiers symptômes, et, malgré l'attention scrupuleuse, soupçonneuse à l'excès, qu'on met à inspecter les nourrissons, il s'est produit dernièrement à la Charité un fait d'infection d'une nourrice et d'un second nourrisson, par

un premier resté complétement inconnu. C'est là un danger réel, mais il n'est pas tel qu'il doive faire renoncer à un bénéfice assuré.

D'autre part, comme le dit très-bien M. Parrot, ce n'est pas l'insuffisance des aliments accordés aux nouveau-nés, dans les hôpitaux, qui est la principale origine de leur inanition. « La véritable source ! Elle est d'abord dans l'influence nosocomiale, inconnue dans son principe, mais dont vous connaissez tous les lugubres conséquences ; dans ce fait lui-même de l'allaitement artificiel, dont pâtissent tous les enfants, et que certains, à Paris surtout (à Lyon aussi), ne peuvent supporter ; dans la mauvaise qualité du lait, d'ordinaire beaucoup trop anciennement trait et presque toujours altéré par les manipulations qu'il doit subir pour son transport et sa conservation ; enfin dans le mode vicieux suivant lequel ce lait est administré, c'est-à-dire en des repas trop rares et partant trop copieux. Tel est le mal ! Telles sont les causes qu'il faut réformer, ou du moins améliorer. » Nous ajoutons aux causes énumérées par le rapporteur parisien le séjour prolongé au lit, l'absence de mouvement, de promenades, et par suite d'aération, et nous faisons remarquer que quelques-unes de ces causes sont singulièrement atténuées par le système suivi dans les hôpitaux lyonnais.

Le régime administratif des hôpitaux parisiens, la nature de leur personnel infirmier, permettrait difficilement l'adoption de mesures analogues. A Lyon, nous avons parfois à souffrir de la force d'inertie que, par suite de sa nature aussi, nous oppose victorieusement le personnel hospitalier, dans l'établissement d'améliorations, dans l'adoption de nouvelles méthodes thérapeutiques (méthode de Brand, par exemple), dans le progrès, en un mot, qui implique le mouvement. Mais sachons nous féliciter, dans ce cas particulier, de ce que la nature de ce personnel nous permet de dispenser largement, *maternellement*, l'allaitement artificiel aux nouveau-nés qui manquent de mères.

A. Fochier.

NOTICE HISTORIQUE SUR LE DOCTEUR P. BAUMÈS.

Par M. DIDAY (1).

Baumès est mort il y a deux ans à peine; mais, depuis près d'un quart de siècle, il était éloigné de nous. — A une telle distance, les souvenirs s'effacent aisément, et il n'en faudrait certes pas tant pour submerger plus d'une mémoire même recommandable. Mais celle de notre éminent collègue n'appréhende ni ce péril ni cet affront. Il me suffira d'écouter quelques instants la voix publique, de jeter un coup d'œil sur les témoignages encore vivants de ses longs services pour accomplir le mandat imposé par votre confiance, pour vous retracer les principales lignes de cette grande figure, digne sous tant de rapports de servir de modèle à la génération présente.

De tous ceux qui ont connu ou seulement approché Baumès, aucun assurément ne se le représente autrement que comme professeur. Aussi, en recevant les notes que, selon l'usage, j'avais demandées sur le début de sa carrière, ai-je appris sans étonnement que, né à Montpellier en 1791, Prosper Baumès, après de fortes études au collége de Perpignan, y fut ensuite quelque temps attaché à titre de professeur.

Mais que professait-il? Ici encore, Messieurs, nos souvenirs se chargent de la réponse. Qui de nous ne se rappelle, pour l'avoir rencontré, et parfois évité, dans le monde, un de ces rudes et raides forts en *x*, frais émoulu de quelque école spéciale?.. Sacrifiant à la preuve plus qu'aux grâces, répudiant, dût-il conduire aux honneurs, à la fortune, tout chemin qui n'affecte pas la ligne droite, portant dans son ton, dans ses rapports, dans son *habitus*, l'anguleuse sécheresse des signes algébriques, tel est, n'est-il pas vrai, le type du mathématicien pur?... Baumès fut professeur de mathématiques.

Entraîné par les conseils d'un de ses amis, chirurgien à l'hôpital de Perpignan, Baumès fit, sous cette direction bienveillante, ses premiers pas dans la carrière médicale, en même temps qu'il

(1) Lu à la séance publique annuelle de la Société de médecine de Lyon, le 2 février 1874.

continuait ses fonctions de répétiteur de mathématiques spéciales. Noble abnégation, Messieurs, — et dont la médecine s'honore entre toutes les carrières de multiplier les exemples — que celle de ces fiers jeunes gens qui, mûrs avant l'heure, et ne voulant rien devoir qu'au travail, lui demandent non des jouissances, mais seulement de nouveaux moyens de s'instruire.

Qu'une telle conduite développe l'intelligence, cela n'est point à démontrer : mais elle développe à coup sûr, au même degré, les sympathies des bons juges. Et c'est sans doute à quelque attraction ainsi établie que Baumès obéit, lorsque, après deux ou trois années passées à la Faculté de Montpellier, il vint parmi nous.

C'était en 1818, Messieurs, et déjà, entre Lyon et Montpellier, les choses se passaient comme elles ont continué jusqu'ici. Alternativement et régulièrement, on voyait les élèves voyager de l'une à l'autre ville.—Mais qu'y vont ils donc chercher? demanderait sans doute un observateur étranger à nos mœurs françaises? — Mon Dieu ! tout simplement chacun ce qu'il ne trouve pas chez lui. Ce qu'ils vont chercher?... Ici, l'instruction pratique ; là-bas, un titre constatant qu'ils l'ont reçue. Rien de plus naturel, vous le voyez ; rien de plus expéditif surtout. Et, ici, du moins, éclate sans conteste la supériorité de notre célèbre rivale, puisque de ceux-là même dont nous avons mis quatre ou cinq ans à faire des médecins, elle fait, elle, en quatre ou cinq semaines, des docteurs !

Me trouveriez-vous partial, Messieurs? Serais-je aveuglé par l'amour du pays ?.. Je réponds en continuant mon récit. En 1818, Baumès, sortant de Montpellier, vient à Lyon et concourt pour l'internat. Il échoue. — En 1819, un an après, Baumès, devenu Lyonnais, concourt de nouveau. Cette fois, il est nommé ; et, sur une liste nombreuse, le premier de sa promotion !

Je n'ai pas connu l'internat de cette époque, Messieurs; mais j'ai connu les titulaires du majorat. Sous des maîtres tels que Bouchet et Janson, forcément on devenait praticien, et l'on ne pouvait pas ne pas devenir orateur. Dans cette atmosphère embrasée d'émulation, on se figure aisément l'effet d'une étincelle tombant sur notre inflammable collègue. Comme à moi, dix ans plus tard, plus d'une fois, sans doute, en passant devant la majestueuse façade du quai du Rhône, il lui arriva de se dire : « Je tiendrai là le sceptre chirurgical !... » L'un et l'autre, nous avons régné, en effet, mais *plus haut !...*

Reçu docteur en 1823, Baumès, en 1824, se présenta au concours pour le majorat de l'Hôtel-Dieu. Cette première fois, il concourait contre Gensoul : donc concours sans espoir, mais non sans gloire pour les vaincus.

Peu de temps après, la fin prématurée de Mortier ouvrant une nouvelle vacance, Baumès, de nouveau, entra en lice. Il échoua encore, victime d'un mécanisme et de procédés de scrutin, qui furent alors, dans la presse, l'objet d'une juste critique. L'événement, du reste, donna amplement raison à ceux des juges qui avaient mis au second rang l'élu de ce scrutin si disputé. Comparez ce que cet élu fit du célèbre majorat de l'Hôtel-Dieu avec ce que Baumès sut faire du poste jusqu'alors ignoré de l'Antiquaille !

Mais déjà et bien avant ce second échec, le jeune docteur avait trouvé moyen de réaliser en partie l'objet de son ambition, la pratique hospitalière. Etabli à la Guillotière, au milieu des misères de tout ordre qui ont fait à ce quartier son renom spécial, il consacra à les soulager tout ce qu'il avait de lumières et de dévoûment. Il fit plus : un hospice de vieillards se fondait alors là, grâce à la philanthropique initiative du maire, M. Vitton. Baumès contribua au bienfait en acceptant dans cet asile les fonctions gratuites de médecin, fonctions qu'il remplit pendant près de vingt ans avec un zèle infatigable. Dès lors, dès ses premiers pas, sous le praticien assidu, perçait le puissant généralisateur, si nous en croyons ce mot, qu'aimait à répéter Baumès, d'un éminent confrère qui l'entendant un jour disserter au lit du malade : « Gardez ces idées-là, ne put-il s'empêcher de lui dire, gardez ces idées-là, vous irez loin, jeune homme ! »— A cette époque, se rapporte un cours public sur la lithotritie, méthode alors dans toute sa saveur de nouveauté, qu'il professa avec le plus grand succès.

Fortifié plus que lassé par ses premières luttes, il ne perdait point de vue, cependant, le majorat de l'Hôtel-Dieu, lorsqu'un événement imprévu vint changer sa carrière. L'hospice de l'Antiquaille était alors régi par une administration distincte, et cette administration a toujours compté parmi ses membres un médecin. Que voulez-vous, Messieurs ? C'était un préjugé de l'époque : l'on n'avait point encore découvert— il a fallu un peu de temps— combien la présence d'un médecin dans le conseil d'administration est préjudiciable aux intérêts des malades !.. Donc le médecin-administrateur d'alors, le docteur Martin jeune, l'un de nos noms

lyonnais les plus purs, qui savait par expérience ce que vaut le concours, obtint de ses collègues que la place de chirurgien en chef de cet hospice serait désormais — comme celles de l'Hôtel-Dieu et de la Charité — mise au concours. Elle le fut en 1832, et, malgré la présence de deux des plus redoutables champions du précédent concours de la Charité, Baumès, cette fois, l'emporta.

De cet événement veut-on savoir les conséquences ?... Pour un contemporain, le bilan est facile à dresser. Avant le concours, qu'était l'Antiquaille ?... Hélas ! à cette époque, j'ai été, pendant deux ans, étudiant en médecine à Lyon, sans en avoir seulement entendu prononcer le nom. Depuis le concours, qu'est-elle devenue ?... Ah ! pardonnez, Messieurs ; mais en songeant à la place où, depuis vingt ans, me maintiennent vos suffrages obstinés ; en voyant par lequel de nous vous vous faites de préférence représenter toutes les fois que vous avez à défendre les intérêts du corps médical ; en regardant celui que vous venez d'élever au fauteuil de la présidence et celui qui, à mes côtés, quitte aujourd'hui les fonctions si bien remplies de secrétaire, il m'est impossible, à cette seconde question : « Qu'est aujourd'hui l'Antiquaille ? » de maîtriser un mouvement d'orgueil que vous excuserez, parce que je le reporte tout entier à ceux de qui vint l'initiative et l'exemple, à Martin, à Baumès !

Le concours, en effet, avait élevé le nouveau titulaire ; mais en le mettant en vue, il le mettait en péril. C'est un poste difficile que celui de premier occupant. Avec de nouvelles attributions surgissaient des devoirs tout nouveaux. Il fallait faire et de la spécialité et de la chirurgie; prendre parmi ses collègues le rang donné par le règlement ; rompre les habitudes d'un personnel assez enclin à l'usurpation ; instituer pour les élèves une chaire, pour le monde savant une tribune, toutes deux également retentissantes, il fallait, en un mot, fonder là le majorat.

Or, Baumès semblait créé pour cette haute mission. Acclamé comme chef de dynastie, il méritait de l'être, il l'était et au même titre, soit par ses qualités personnelles, soit par l'excès de ces mêmes qualités. Doué d'une volonté de fer, d'un caractère entier et absolu, il les mettait au service de ce qui manque à tant d'entre nous, de ce qu'il possédait, lui, au suprême degré, une foi scientifique et une foi d'espèce différente. L'une et l'autre, bientôt vous allez les voir à l'œuvre.

A peine élu, Baumès sent qu'il se doit tout entier au mandat

assumé. Par une abnégation qu'on ne saurait trop louer, il n'hésite pas à quitter la nombreuse clientèle qu'il s'était faite, en vue de se préparer à ses futurs devoirs. Agé alors de quarante ans, il va visiter les hôpitaux de Paris et de Londres, et cela non en simple touriste, mais de manière à approfondir, dans chaque clinique célèbre, les doctrines et les méthodes de traitement en vigueur pour les maladies spéciales destinées à devenir l'objet de sa pratique et de son enseignement. Un peu à prendre, beaucoup à reprendre, voilà ce qu'il rapporta de son long voyage, et ce dont il consigna la substance dans deux brochures, dont l'une, *Lettre d'un médecin de province à MM. les dermatophiles de Paris*, est restée populaire comme modèle d'une de ces exécutions en règle qui vous tuent les gens sur place, mais ne les tuent sur place que pour mieux féconder le sol destiné à recevoir de nouvelles semences.

On raconte que, après sa nomination de chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu, Marjolin, étant allé faire à Dupuytren la visite d'usage, reçut de lui cette réponse : « Monsieur, vous avez été nommé pour me remplacer quand je serai malade ; je vous préviens que je ne suis jamais malade ! » — Baumès n'en dit pas autant, mais il n'en fit pas moins. Avec lui — qui le sait mieux que moi ? — la charge de suppléant fut une sinécure. J'ai bien souvenir, dans l'espace de quatre ans et demi, de l'avoir remplacé *cinq* jours. Malgré des souffrances réelles — si réelles qu'il dut, bientôt après, abandonner la clientèle active — on le voyait, chaque matin, escalader en jeune homme la plus rude de nos montées lyonnaises — aussi difficile alors à nommer qu'à gravir — entrer le premier dans les salles et là, deux ou trois heures durant, examiner les malades.

« Examiner les malades ! dira-t-on. Mais c'est ce que chacun de nous a fait pendant dix années de sa vie, et sans s'attribuer pour cela un mérite ni prétendre à un éloge exceptionnel. » — D'accord ; mais, pour notre collègue, la visite ne pouvait être, ne fut jamais ce qu'elle est pour la plupart de nous. Une courte explication va le faire comprendre.

En dépit de son titre officiel, le chirurgien major de l'Antiquaille a ses salles peuplées d'affections absolument médicales : je veux parler des maladies de peau. Jusqu'à Baumès, Messieurs, cette spécialité, parmi nous, avait vraiment eu du malheur. De nos classiques contemporains, l'un se bornait à grouper les der-

matoses, d'après leurs analogies apparentes, sur un arbre fameux, arbre aux rameaux luxuriants, mais condamné à périr faute de véritable engrais médical. — Pour un second, la lésion initiale dominait tout, lésion de la peau, s'entend. Deux éruptions avaient-elles, à leur début, laissé voir une pustule ?... C'était assez de ce trait commun pour rapprocher les genres les plus disparates. Si bien que, au nom de cette loi, on voyait figurer côte à côte, dans la même classe, et l'insignifiant acné, simple bouton d'échauffement, emblème de force et de jeunesse, et la variole, maladie contagieuse, épidémique, mortelle ! Et chacune de ces tristes écoles se disait seule en possession de la vérité ! Et, à l'exemple des maîtres, leurs fougueux disciples se disputaient la prééminence, sans songer que le progrès était nécessairement en dehors de ces vaines classifications.

En même temps que la nécessité, Baumès vit là l'occasion d'une réforme. Dès 1834, frappé de l'état de la dermatologie, telle que la professaient nos nomenclateurs modernes, il vint, dans un hardi pamphlet, leur demander ce qu'ils avaient fait de cette science fondée jadis par Lorry sur des bases si larges et si pratiques. A deux reprises, depuis lors, il saisit l'occasion de renouveler sa profession de foi. Enfin, mis à la tête d'un service d'hôpital, voyant de près, chaque jour, les vrais besoins des malades, il se dit : « Pour guérir, il ne faut pas s'en tenir à la forme, c'est-à-dire aux manifestations ; il faut s'adresser au fond, c'est-à-dire aux causes. » De ce moment, la réforme était conçue; mais il fallait la rendre viable, c'est-à-dire la développer.

« Or, à part quelques rares dermatoses nées de cause externe, toute éruption, dit Baumès, suppose un état constitutionnel. Mais que de variétés dans cet état ! Tantôt l'éruption n'est que la *réflexion* de la maladie d'un organe intérieur, tantôt elle provient du *déplacement* d'un autre trouble morbide ; tantôt sa source est dans une perturbation qui a porté sur l'*ensemble* de l'organisme; tantôt il y a influence *diathésique ;* tantôt c'est une disposition héréditaire ou acquise *spéciale à la peau ;* tantôt, enfin, plusieurs des conditions précédentes se sont *combinées* de façon à produire un effet complexe. »

Cette analyse est complète, assurément. Mais ne vous paraîtra-t-elle pas aussi subtile que complète ?... Son auteur n'ignorait pas que, *à priori*, elle risquait fort d'être jugée telle. Vous savez, Messieurs, comment on est exposé à *mal étreindre*, d'après un

vieux proverbe. La nomenclature de Baumès en méritait-elle donc l'application ?... Je ne dis pas cela ; mais le fait est qu'elle *embrassait beaucoup*. Aussi, et quoiqu'elle fût née de son observation, sentait-il le besoin de la justifier encore par une observation incessamment et de plus en plus renouvelée.

Vous comprenez maintenant, Messieurs, pourquoi Baumès se levait matin, pourquoi il entrait le premier dans les salles, pourquoi il interrogeait comme on n'interroge pas, déshabillant littéralement ses malades de la tête aux pieds, *intus et extrà*, fouillant fond et tréfond , scrutant le passé et le présent physiologiques et pathologiques non-seulement du sujet, mais de toute sa famille, enfin provoquant publiquement le contrôle sur cette enquête pour donner à sa classification la seule consécration valable, en réunissant le plus possible d'exemples cliniques authentiques autour de chacun des chefs de division qu'elle renferme. Avec quelle dose de passion y travaillait-il?... Ceux-là pourraient le dire qui, plus d'une fois, en face de quelque manifestation insidieuse, imprévue, disons le mot, gênante, l'ont entendu s'écrier, impatienté : « *Symptôme, que me veux-tu ?* » Avec quel succès?... prenons-en pour témoignage le grand *Traité des maladies de peau*, publié vers la fin de son majorat, et qu'il put légitimement intituler : NOUVELLE DERMATOLOGIE. C'était bien une réforme, en effet, et une réforme d'autant plus sûre de l'avenir que, contrairement à tant d'autres, celle-là tenait compte des droits acquis, puisque, à côté de chaque donnée étiologique fondamentale et du corollaire thérapeutique qui en découle, l'auteur a réservé aux descriptions graphiques une place aussi étendue que pourraient la désirer les plus fervents adeptes de l'école anglaise.

Le chirurgien en chef de l'Antiquaille a encore une autre spécialité, Messieurs ; mais n'est-elle point trop secrète celle-ci pour être mentionnée dans une séance publique ?... Essayons. En l'appelant spécialité de Ricord, je crois être en règle avec les bienséances autant qu'avec la clarté.

Ce n'est pas hors de propos que ce nom de Ricord est ici venu sous ma plume. Sous le majorat de Baumès, Ricord régnait et régnait seul. Grâce à des expériences positives, grâce à l'éblouissante coexistence d'un triple talent hors ligne de dialecticien, de professeur et de thérapeutiste, la lumière s'était faite comme par enchantement dans l'obscur domaine d'Astruc, et cette lumière

semblait devoir rester sans rivale comme sans ombre. Un fait surtout mérite d'être signalé dans le système ricordien, parce que, à lui seul, il en résume à la fois le côté doctrinal et le côté pratique.

La maladie dont il s'agit, quoiqu'elle étende ensuite ses ravages sur la totalité du corps, débute toujours par une lésion circonscrite, par un ulcère borné à une seule région, par l'*accident primitif*, pour employer le langage de l'école. Or, ce fait d'un mal qui, à son début, se limite toujours à un siége unique, ce fait, découverte capitale de Ricord, avait conduit l'illustre professeur à une déduction non moins importante, si elle était exacte. Dans ce mal primordialement localisé, il vit un mal exclusivement local. « C'est là, enseignait-il, l'analogue de la morsure du chien enragé. Détruisez cet ulcère, et vous préviendrez la diffusion du virus dans l'organisme, de même que vous empêchez la rage en cautérisant à temps la plaie d'inoculation. » Et des succès innombrables, répétés tous les jours par milliers, confirmant la valeur de ce précepte, on avait fermé les yeux sur la justesse du raisonnement qui lui sert de base. Le mal avortait *le plus souvent* quand il avait été cautérisé d'emblée... En fallait-il davantage pour faire croire qu'il avorterait *toujours* si l'on avait soin de cautériser à temps ? Non : la pente était si glissante qu'on vit maître et disciples s'y entraîner à l'envi, présageant de bonne foi l'extinction du fléau comme conséquence de l'orthodoxie aux nouvelles doctrines, s'étonnant même déjà de voir le nombre des victimes stationnaire, malgré l'application de plus en plus répandue du préservatif !...

Le progrès si vigoureusement lancé par Ricord allait bientôt le dépasser. Deux de ses disciples donnèrent le signal. Clerc, d'abord, prouva expérimentalement que le véritable accident primitif, bien différent de son analogue bénin, si souvent confondu avec lui, est, dès qu'il apparaît, une lésion générale de l'organisme. Puis, Bassereau montra que ces deux ulcères ont chacun non-seulement des propriétés, mais une origine distinctes. Enfin, l'un des nôtres, M. Rollet, ajoutant à ces notions ses propres découvertes, les synthétisa en corps de doctrine avec un talent magistral, dont l'éclat a fait à la fois sa gloire et celle de notre école. — Mais les travaux de Clerc, de Bassereau, de Rollet ne datent que de 1855, 1856 et 1859. Or, dès 1840, Baumès, se fondant d'abord sur les lois de la plus saine physiologie, puis sur l'analogie,

trop familièrement traitée par l'école parisienne, avait établi que, dans cette maladie, l'absorption du virus s'opère avant l'apparition du premier ulcère ; de telle sorte que celui-ci ne peut, ni avec justesse ni avec sécurité, être regardé comme un mal local. Cette conclusion, développée dans l'enseignement public de notre collègue, puis fortement motivée dans l'ouvrage qu'il fit paraître en 1840, lui assigne une priorité incontestable pour la propriété des idées qui, vingt ans plus tard, présentées sous une autre forme, ont révolutionné la science. — De même, et bien longtemps avant les récents travaux sur la laryngoscopie, Baumès, guidé par ses connaissances spéciales, avait découvert, précisé les règles de l'éclairage de l'orifice supérieur des voies aériennes. Il fit même construire un miroir laryngien, que plusieurs d'entre nous ont vu fonctionner. Et quoique, pour établir ses titres à cet égard, il n'ait voulu d'autre publicité que celle de nos séances, personne ici sans doute, Messieurs, ne verra dans cette réserve un motif de ne pas rendre à son ingénieuse initiative l'entière justice qui lui est due.

Baumès a laissé partout le renom d'un savant ; mais, conduit par sa position à appliquer, comme la plupart des élus de nos concours lyonnais, il eut une pratique heureuse parce qu'elle était rationnelle. Sa nombreuse clientèle lui fournissait des éléments d'investigation et des moyens de vérification, qu'on trouve utilisés dans ses ouvrages aussi largement que ceux émanant de son service d'hôpital. Sans doute, la partie qui, dans son Traité spécial, est consacrée à la thérapeutique, aurait été plus riche encore, si, pour le publier, il eût attendu quelques années après sa sortie de l'Antiquaille. Il est une sorte d'expérience que la pratique civile peut seule mûrir pleinement, un degré d'attention à observer, d'ardeur à créer de nouvelles ressources, que les trop dociles malades d'une salle d'hôpital ne développent jamais complétement. Et pourtant Baumès a tracé des préceptes que l'on suit encore, qui m'ont été, à moi en particulier, on ne peut plus utiles. Pour la guérison du phimosis symptomatique, des urétrites rebelles, sa persévérance éclairée sert encore aujourd'hui à encourager les clients en donnant aux médecins de justes motifs d'espoir. Son traitement local de la teigne faveuse, grâce auquel des milliers de pauvres enfants, jusque-là repoussés comme des parias, ont été rendus à la société, est resté parmi nous popu-

laire non-seulement à l'hospice, mais dans toute la province lyonnaise.

Mais, sa visite terminée et la consultation finie, notre collègue n'était pas en règle avec ses devoirs. C'est d'un *vrai Major* que je vous retrace la figure, Messieurs, d'un de ces hommes de fer, sur lesquels l'Administration jadis accumulait les charges en même temps que les honneurs. En ce temps-là, le chirurgien en chef, justifiant ce titre, avait sous sa direction tout le service chirurgical. Etait-ce un bien pour les malades? Non, sans doute, si le titulaire avait dû faire tout, absolument tout par lui-même! Mais, ainsi, il était de droit professeur de clinique. Et, pour les élèves, l'avantage était immense. A t-on jamais entendu Gensoul, Bonnet, se plaindre, comme il arrive parfois aujourd'hui, être forcés de réclamer auprès de l'Administration pour la pénurie des éléments cliniques mis à leur disposition ?

Baumès eut, lui aussi, ce fardeau et ces richesses. Le même règlement qui institua, à l'Antiquaille, le majorat, y instituait un cours annuel de clinique, confié au chirurgien en chef. Et, Dieu sait si Baumès était homme à décliner cette partie de ses fonctions. Inaugurer, à Lyon, l'enseignement public de la spécialité la plus populaire; lutter ainsi à la fois contre les chaires parisiennes et contre celle non moins retentissante que Bonnet s'était faite à l'Hôtel-Dieu, il y aurait bien eu là, confessons-le, de quoi exciter les transports d'une nature même moins ardente que celle de mon cher et méridional prédécesseur.

Mais il se présentait des difficultés, et plusieurs d'entre elles tout à fait hors de la sphère d'action du professeur. En fondant le cours, l'Administration de l'Antiquaille n'avait pu fonder un local approprié. Cette Administration là était *honnête*, Messieurs, souverainement honnête, mais elle avait, par-dessus tout, le défaut de cette qualité; et les actes libéraux lui étaient plus faciles que les libéralités. Faute de mieux, on avait donc dû affecter au cours de clinique une chambre employée à un tout autre usage. Pour y entrer, le professeur devait attendre que les *frères* eussent fini de déjeûner; et il devait encore se hâter afin de terminer sa leçon avant qu'on ne commençât à hacher, à grand bruit, la salsepareille dans le grenier situé au-dessus de sa tête. Il lui fallait enfin obtenir, pour cette heure, la réclusion de certains fous dont les bruyants éclats de voix venaient fâcheusement couper ses périodes.

Mais ce n'était rien encore. Cette salle n'avait pas été sans réflexion choisie pour le repas, et la sieste, des bons frères. Sa fraîcheur, délicieuse en été, portait irrésistiblement à la fonction la moins compatible avec celle d'auditeur..... Or, accumulez, à midi, au mois d'août, dans un tel local, trente ou quarante jeunes gens qui viennent après déjeuner, de gravir, en plein soleil, une côte presque à pic ; priez-les de s'asseoir ; puis ouvrez la bouche ; et au bout d'un quart d'heure comptez combien il vous reste d'auditeurs effectifs ?...

Je pourrais le dire, Messieurs, car moi aussi j'ai professé là ; et longtemps il me souviendra des efforts nécessaires pour prévenir le relâchement épidémique de certain petit muscle animé par un rameau de l'ophthalmique. — Avec Baumès — et ceci suffirait à son éloge — rien de pareil à craindre. Je l'ai vu à l'œuvre ; je le vois encore attirant, captivant, tenant là immobiles quatre vingts élèves ou docteurs subjugués par la nouveauté des doctrines non moins que par la nouveauté de l'enseignement. — Mais où il excellait surtout, où il était lui-même, c'est aux exhibitions de malades dont il faisait suivre chacune de ses leçons. Là, en effet, il s'agissait d'arguments vivants, et tous ne se pliaient ni du premier coup ni tout à fait dociles aux exigences de la théorie. Aussi quelle transformation dans le professeur ! Les traits crispés, la prunelle métallique, la parole stridente, incisive, tour à tour enflammé et ironique, toujours debout et presque toujours sur la pointe des pieds, vous l'eussiez vu tantôt interpellant le malade ou les élèves, tantôt apostrophant quelque contradicteur supposé, moitié Lisfranc, moitié Santeuil, exhalant par tous les pores la foi sincère et profonde qui le dévorait, l'infuser par le plus puissant des magnétismes à la jeunesse désormais enchaînée au pied de cette nouvelle chaire.

Cet emportement, cette fougue, brillantes qualités du professeur, risquaient dans un autre milieu, dans le milieu professionnel de prendre un nom tout différent.— Elles l'y prirent, et, disons-le, elles le méritaient. Mais était-ce la faute de notre confrère ? ou était-ce sa faute à lui seul ?... Soyons justes envers tous. Les médecins alors en exercice à l'hospice, praticiens soigneux et très-recommandables, excellents confrères par-dessus tout, avaient jusqu'alors vécu entre eux sur le pied d'une parfaite égalité, et, en fait de science, songeaient, on peut bien le dire, à tout autre chose qu'à faire de l'Antiquaille une tribune !...

Dans de telles conditions, le nouveau venu qui se présentait avec un titre plein de prétentions, devait naturellement s'attendre à rencontrer quelque réserve. Pour dissiper les préventions, pour avoir place dans ce cénacle dont plus tard j'appréciai la franche cordialité, l'abandon plein de charme, il aurait fallu..... tous les attributs du tempérament opposé à celui de Baumès. Mais lui, parmi ses confrères, comme jadis devant ses juges, il eût rougi d'être redevable de quoi que ce soit à leur bienveillance. Puis, ce n'est pas tout : homme du devoir, il était aussi l'homme du droit. Or, le règlement par lequel ses fonctions étaient définies lui attribuait, à lui seul, la pratique des opérations chirurgicales. Mais ce monopole du major, monopole dès lors tombé en désuétude à l'Hôtel-Dieu, eût été encore plus difficile à mettre en pratique dans notre hospice, où la distinction entre les deux services de médecine et de chirurgie était établie non par la différence des malades, mais par la différence des sexes? « Eh quoi ! disaient les autres médecins, depuis qu'un major nous a été nommé, devons-nous donc cesser de pratiquer aucune des opérations que jusqu'à présent nous faisions couramment dans notre service? » Positivement, Baumès l'entendait ainsi, et il ne négligea aucune occasion de donner à son privilége la sanction du fait.

Assurément le droit était pour lui. Assurément aussi, si l'on avait porté le litige devant ses juges naturels, devant le suffrage intéressé, devant les malades, ceux-ci n'auraient pas manqué de répondre : « Nous préférons être opérés par celui qui a fait ses preuves publiques de connaissances spéciales en chirurgie. » Malheureusement, les malades n'avaient pas la parole. Mais les confrères l'avaient, eux, et ils surent en user, à l'exemple de Baumès, du reste, qui, sur ce terrain, comme en matière de polémique, excellant à se défendre, excellait surtout à ne pas rester sur la défensive.

Vous pressentez les conséquences, Messieurs ; vous comprenez comment dans cet antagonisme de tous contre un seul, créé par les circonstances, Baumès a dû trouver des juges peu enclins à l'impartialité, et comment, sous le rapport du caractère, la réputation qu'il a laissée est probablement celle qu'on lui a faite plutôt que celle qu'il méritait.

Plus d'un témoignage posthume dépose dans ce sens. Plus d'un trait oublié du bienfaiteur, révélé par l'obligé, nous découvre ce que cachait cette rude écorce.

Un de ses internes, malade, avait pris domicile dans un village, à huit kilomètres de Lyon. Eh bien! régulièrement, deux fois par semaine, il voyait tomber chez lui son chef, accouru à pied, au premier moment disponible, pour s'informer de la situation et donner au traitement le coup d'œil du maître.

Un autre languissait sous le coup d'une dyspepsie par cause morale, — la dyspepsie des jeunes docteurs, dont les guérit leur premier malade. Baumès arrive sans qu'on l'ait appelé, interroge à fond et finit par conseiller une saison à Vichy. — « Vichy ! Oui, Vichy me semble indiqué, en effet, répond le débutant un peu interdit, mais... mais c'est que... — C'est bien ! interrompt Baumès, qui a tout deviné ; je vous apporterai demain cinq cents francs. »

On voit s'il comptait avec l'amitié ! La science avait sur lui les mêmes droits. Il oubliait tout pour une discussion académique ; il eut tout quitté pour aller répliquer de près à un contradicteur, ou soutenir, dans quelque congrès, une des opinions qui lui étaient chères. On sait que, à plus de soixante ans, il fut s'établir à Turin pour y étudier les merveilles promises par Sperino au nom d'une nouvelle méthode curative qui s'appuyait sur l'expérimentation. Toujours abonné à huit ou dix journaux de médecine, jamais il ne songea à rayer de son budget cette dépense, selon lui de première nécessité.

A ces côtés si sympathiques, comment comprendre des revers formant une opposition aussi tranchée que celle dont les souvenirs contemporains nous attestent la réalité ?... Je l'ai essayé, Messieurs. Témoin de ce contraste bizarre, j'en ai tenté l'explication comme je l'aurais fait d'un phénomène pathologique insolite, et voici celle que je hasarderais :

Baumès était malade. De tout temps, tout le monde l'a entendu se plaindre. Il souffrait d'une de ces affections gastriques qui, comme l'a dit Vidus Vidius d'une autre diathèse, *magis inducias faciunt quam pacem*.

De plus, il avait étudié son mal ; il l'avait analysé soigneusement, en patient et en curieux, dans deux ouvrages publiés vers 1833 et 1837 (*Lettres sur les gaz ou vents ; Traité des maladies venteuses*), ouvrages qui contiennent les preuves de la formation de toutes pièces des gaz dans les voies digestives, et une détermination précise de l'état morbide qui constitue l'aptitude à

sécréter ces gaz, état que l'auteur rapporte à la subinflammation.

D'autre part, Baumès était doué d'un talent remarquable sur le violon ; et je rappellerai enfin que, dans sa jeunesse, il avait obtenu l'*Églantine d'or*, aux jeux floraux de Toulouse.

Eh bien ! réunissez un cerveau de poète, un cœur d'artiste, un épigastre de dyspeptique, et tâchez de prévoir l'effet de ces influences combinées ! Mais, avant d'entreprendre ce calcul, n'en oubliez pas un des éléments essentiels ; n'oubliez pas que Baumès fut condisciple d'Arago, *du grand* ; qu'il commença par enseigner les mathématiques, et que le besoin des déductions rigoureuses s'imposait instinctivement à son esprit, façonné dès l'enfance aux procédés de logique dont vivent les sciences exactes.

On voit, dès lors, ce me semble, si la résultante était sujette à osciller, si parfois elle devait incliner dans le sens le plus étrange, le plus inattendu. Et l'on a la clé, je pourrais maintenant dire la justification de ces contradictions, de ces élans alternatifs de douceur et de brusquerie, de rudesse et de sensibilité qui formaient la manière et ont fait la réputation de notre premier major. Cette lutte, d'ailleurs, ne se traduisait pas seulement par ses résultats ; elle se lisait sur le visage qu'elle avait creusé de rides prématurées, sur le front qu'elle assombrissait de nuages coupés par de trop rares éclairs. « S'il fait souffrir, celui-là, entendait-on répéter autour de lui, à coup sûr il souffre le premier ; » — impression fidèlement peinte dans cette réflexion d'un de ses anciens internes, qui, n'ayant connu qu'après sa mort le prénom de Baumès, marqué sur ses ouvrages par la seule initiale P. « J'avais bien souvent pensé que ce devait être *Pierre*, s'écria-t-il tout surpris ; mais je n'aurais jamais supposé que ce fût *Prosper !* »

Les boutades de Baumès, ces décharges, comme il l'eût dit lui-même, ces décharges critiques d'une sursaturation nerveuse touchant à l'état morbide, n'étaient jamais de futiles jeux d'esprit. Toujours elles avaient de la portée, et souvent une profondeur remarquable. J'en citerai deux exemples, empruntés à deux concours pour le majorat de l'Antiquaille, à celui où il fut nommé, d'abord, puis au dernier de ceux où il assista en qualité de juge.

A l'époque où il concourut, le programme comprenait encore la fameuse séance d'*argumentation*. Là Baumès se sentait à l'aise ; et, par contre-coup, ses compétiteurs tremblaient un peu d'avance,

et, entre tous, l'honnête, souverainement instruit, mais un peu candide docteur Fouilhoux. Le sujet donné est cette espèce d'amputation qui se pratique de préférence à l'Antiquaille, et la parole est à Baumès : « Monsieur, dit-il à son compétiteur, Monsieur, avant de faire cette amputation, faut-il, comme pour les autres, tirer la peau en arrière ?» — « Non, Monsieur, répond instinctivement Fouilhoux, qui a flairé un piége ; il faut la tirer en avant.» — « Vous avez tort, s'écrie Baumès ; car la peau laissée exubérante reviendra ensuite toucher l'ouverture de l'urèthre. » — « C'est vrai, se ravise Fouilhoux ; il faut la tirer en arrière. » — « Mais c'est encore pis, foudroie Baumès ; car l'extrémité de l'organe restera ainsi dépouillée. » — « Mais alors, bégaya le pauvre interlocuteur décontenancé, s'il ne faut la tirer ni en avant ni en arrière ?... » — « Il faut la laisser comme elle est, » conclut l'impitoyable interrogant.

Ce fut un succès de fou rire. Mais pour nous, Messieurs, il y a là un enseignement sérieux, un renseignement tout au moins ; car je lis dans la plus récente et la meilleure des monographies publiées sur l'amputation en question, que deux auteurs, deux classiques renommés, se disputent la priorité de ce sage précepte. Or, le plus ancien des deux écrivait en 1838, et Baumès avait parlé en 1832.

Autre prophétie ; mais celle-là encore à vérifier : Au dernier concours pour le majorat de l'Antiquaille, Baumès siégeait au jury. Pendant une épreuve où chaque candidat s'était complu à faire étalage des plus minutieuses superfluités de l'histologie moderne : « La cellule tuera la médecine ! » souffla à l'oreille de son voisin Baumès, à bout de patience.

Ce sinistre pronostic, notre collègue était d'autant plus autorisé à le porter qu'il avait tout fait pour en conjurer les éléments. Ici, en effet, se place l'œuvre capitale de Baumès, résumé de ses convictions et de son expérience, fruit de quatre années de laborieuse et méditative retraite, son *Traité des diathèses*. C'était le premier livre paru en France sur ce difficile sujet. Jusque là, il n'existait que des notions éparses, de courts aperçus esquissés dans les traités de pathologie générale, dans quelques mémoires, tels que l'excellent travail de Gaillard (de Poitiers). Nous étions encore en plein organicisme et les idées spéculatives sur les maladies générales obtenaient peu de crédit. Cependant les doctrines localisatrices avaient déjà subi plus d'un assaut. Aussi l'ouvrage

de Baumès dût-il à ces conditions particulières une faveur qu'il méritait, d'ailleurs, à tous égards.

Baumès, par ses antécédents, semblait marqué pour le rôle de législateur des diathèses. Il possédait, d'abord, le triste privilége d'avoir été presque toujours souffrant lui-même. Puis, il avait passé de longues années dans deux hospices destinés aux maladies chroniques : celui des Vieillards, à la Guillotière, où se plaçait incessamment sous ses yeux le tableau varié de ce genre d'affections et de leurs transformations diverses ; et l'Antiquaille, où s'offrait à son observation une multitude de maladies cutanées ou spécifiques, se rattachant pour la plupart à un état constitutionnel. Frappé des nombreuses divergences qui, au lit du malade, séparent souvent les meilleurs esprits sur la conception pathogénique et la direction thérapeutique des affections de cet ordre, il chercha avec ardeur quelques vues générales susceptibles d'engendrer l'accord, et s'appliqua à faire découler cet accord d'une entente sur le sens médical et philosophique à attribuer à l'affection diathésique qui se cache derrière la plupart des maladies chroniques. Pour lui, la diathèse est un état morbide inhérent à tout l'organisme, — qui a ses racines dans les profondeurs de l'être vivant, dans le système nerveux aussi bien que dans les solides et les liquides, — qui peut être latent ou perceptible, — dont les manifestations variées de siége ou de forme se rapportent toujours au même principe — et qui a pour caractère essentiel un besoin de décharges incessant, besoin traduit par des mouvements fluxionnaires à retours irréguliers, dignes des plus vigilantes préoccupations du praticien, comme l'étiologie des diathèses, leurs rapports avec la constitution et le tempérament, leurs croisements étranges et leur symptomatologie sollicitent l'étude constante du médecin hygiéniste.

C'est le vitalisme qui domine dans tout ce livre. « Et comment pourrait-il en être autrement, s'écrie l'auteur ? Le médecin, qui doit remédier aux déviations des actes de la vie, ne peut être que vitaliste... C'est dans l'étude des faits de la diathèse, surtout, qu'il faut savoir apprécier la signification des mouvements auxquels se livre l'organisme, spontanément ou par l'effet des médications. »

Ne croyez point, toutefois, d'après ces paroles, que Baumès fût un adversaire du progrès dans la science biologique ! Non : son esprit ardent se réjouissait, au contraire, de toutes les con-

quêtes physico-chimiques capables de soulever un coin du voile qui couvre les mystères de la vie. Il eût applaudi aux découvertes histologiques récentes d'où découle la notion de l'activité propre des cellules organiques. Mais il n'en aurait pas moins persisté à voir derrière le fonctionnement autonomique de tous ces infiniment petits la force directrice qui les rend solidaires les uns des autres, qui subordonne leur génération, leur évolution, leurs métamorphoses aux exigences d'un but supérieur, d'une intention coordinatrice ; et aujourd'hui même il n'aurait rien à retrancher aux idées fondamentales de ce beau livre des diathèses.

Quoi qu'il en soit, cette publication coïncida avec la tendance dès lors manifeste des cliniciens à faire intervenir dans leurs explications l'influence des maladies générales, et il n'est que strictement juste de reconnaitre qu'elle a puissamment contribué au mouvement salutaire dont Monneret, Bazin, Hardy, Guéneau de Mussy, Chauffard ont été les instigateurs ostensibles. Et si, aujourd'hui, le mot *diathèse* est regardé comme la clé des problèmes pathologiques les plus ardus, si l'étude des maladies générales est devenue le principal attrait du savant comme le premier besoin du praticien, le mérite en revient pour une large part à notre digne collègue. On ne saurait trop le redire ici ; car, ailleurs, on paraît trop porté à l'oublier.

En écrivant ainsi ce qu'on a, avec raison, appelé son testament médical, Baumès faisait plus que se créer des titres scientifiques : à son insu, et d'autant plus victorieusement par conséquent, il préparait aussi sa justification personnelle. En effet, pour accomplir avec le soin qu'elle méritait cette œuvre capitale, il s'était séparé des distractions qui en eussent compromis le sort ; lui qu'on croyait intéressé, que quelques-uns disaient cupide, il avait, et sans retour, abandonné une clientèle aussi fidèle que nombreuse, aussi lucrative que facile. Ce n'est pas sans étonnement, en effet, qu'on le vit alors, sous un prétexte, disait-on, de santé chancelante, s'éloigner de Lyon, à l'apogée de sa réputation, pour s'enfermer, près de Lagnieu, dans une sorte de solitude ; solitude de savant, mais non de misanthrope, car elle fut toujours ouverte à la misère, à la souffrance. Baumès se reposait du travail en faisant largement la médecine gratuite, bienfait d'autant plus apprécié des obligés que sa valeur intrinsèque était vraiment inestimable. Les confrères admis dans sa retraite gardent un vif souvenir de l'élévation que son talent avait alors

acquise. Sa pénétration native, aiguisée au maniement journalier des plus hauts problèmes de la vie, donnait à ses diagnostics quelque chose de presque divinatoire. Il avait *le coup d'œil de l'état général*, disent ceux qui l'ont approché. Et « chacune de ses conversations valait une clinique,» ajoutent ceux qui purent alors l'entendre.

Mais de ce coup d'œil jeté sur la retraite de notre collègue, il résulte encore pour sa mémoire une autre justification, et celle-ci à la fois plus nécessaire, plus complète et plus inattendue. Ce qu'on regrettait de trouver chez Baumès, n'est-ce pas, ce qui l'avait un peu isolé au milieu de ses confrères, c'est quelque chose de sec, de tranchant, d'abrupte, presque aussi difficile à définir qu'à supporter. « Polyèdre à angles aigus » aurait dit la science chère à ses premières années. A son tour, un anatomiste n'eût pas manqué de décrire cette enveloppe comme une surface *rugueuse* plutôt que *lisse et polie*... Mais de tels arrêts émanaient-ils d'un tribunal bien compétent? Est-ce aux gens qui se règlent sur les bienséances à juger ceux qui obéissent à une foi? Non ; car, pour ces derniers, ce ne sont pas eux qui agissent, c'est quelque chose qui agit en eux. De toutes leurs actions — qu'elles s'appellent traits d'héroïsme ou excentricités — la foi qui les inspire est seule responsable ; et l'histoire, pas plus que la justice, dans ses appréciations ne saurait négliger ce grand moteur de tous les entraînements humains.

Or, que Baumès eût la foi ?... Il n'est pas même besoin de l'avoir entendu, il suffit de lire une de ses préfaces pour reconnaître en ce maître le caractère d'un apôtre. Que cette foi débordât hors du domaine scientifique... Ecoutez, et que chacun juge ce que je vais, moi, apprécier ici sous ma responsabilité personnelle.

Le 2 décembre 1851, la représentation nationale avait été violemment dispersée, et le Décret qui la frappait fut aussitôt expédié à toutes les communes de la République. Baumès était alors maire de Lagnieu, et, ainsi que je l'ai dit, il habitait à quelque distance du chef-lieu. Ce jour-là, il vient à l'Hôtel-de-Ville et voit les affiches officielles apposées. Il les voit... et il les arrache!... — Bel acte de courage civil, Messieurs, acte spontané, sans doute, car là où d'autres eussent longuement calculé les conséquences, il agissait, lui, il a agi sans plus songer à la gloire qu'au danger ; mais acte méritoire et que la reconnaissance publique

n'oubliera point, car Baumès a noblement ainsi montré comment un homme de cœur sait dégager sa responsabilité en ces temps de trouble qui peuvent revenir. Oui, pendant que son compatriote Baudin tombait, à Paris, sous les balles liberticides, lui, dans une humble bourgade, pour sa part, il absolvait la France du reproche de connivence avec le système fatal auquel sont dus le discrédit du droit et la perversion du sens moral, ces deux cancers incurables des sociétés modernes.

Un dernier trait — celui-ci termina à la fois sa justification et sa vie — un dernier trait va montrer combien, chez Baumès, les généreux sentiments, à l'occasion, maîtrisaient les penchants les plus naturels, les habitudes enracinées, tout, même jusqu'à l'instinct de la conservation ! — De plus en plus confiné dans sa retraite, presque octogénaire, sans avoir interrompu ses consultations charitables, il refusait de sortir, sinon à certaines heures et par certaines conditions météorologiques données ; il mesurait soigneusement au thermomètre la température de ses appartements ; telle était même sa frayeur de toute excitation, qu'il avait imaginé un appareil portatif spécial pour se préserver des bruits extérieurs.

Ainsi il végétait, quoique avec toutes ses facultés ; ainsi il allait s'éteindre dans le marasme progressif des gastrophobes séniles, lorsque retentit à son oreille la chute de l'empire. Ce bruit-là, il l'a entendu ; le valétudinaire se sent guéri, l'hypocondriaque a disparu, et, debout, actif, impétueux, entraînant, s'est levé un homme, j'allais dire un jeune homme, que, pour la seconde fois, à l'unanimité, ses compatriotes supplient d'être leur premier magistrat. Plus de halte dès lors, plus de repos ; plus de repos et plus d'hygiène. Il en mourra, mais il aura rempli son devoir. Ainsi que me l'écrit le témoin le mieux placé pour lui rendre justice, et dont je me plais, en terminant, à transcrire les propres paroles : « Jusqu'à ses derniers moments, rien n'a pu diminuer ses facultés, abattre son énergie, ni le poids des années, ni les fatigues administratives de cette lamentable période, ni les rigueurs d'un hiver exceptionnel, ni les angoisses d'un patriotisme éprouvé par tant et de tels désastres. La mort l'a frappé debout à son poste. C'est au chevet d'un malade que Baumès a contracté la maladie qui l'enleva, en quelques heures, à l'affection des siens, à l'attachement d'une population dont il était devenu l'arbitre par son dévoûment, sa droiture et ses vertus civiques. »

Faut-il quelque chose de plus, Messieurs? Cet oubli de soi-même, cette mort digne de l'antique, le suffrage unanime de ses concitoyens, librement exprimé deux fois, à vingt ans de distance, les regrets, la consternation d'une contrée tout entière ne peuvent-ils faire oublier quelques torts moins préjudiciables à autrui qu'à lui-même, torts involontaires, d'ailleurs, et, pour parler son langage, nés sous une impulsion *déplacée*, bien plutôt que *réfléchie ?*... Eh bien! silence aux apologies de convention, aux panégyriques officiels; mais parlons maintenant, parlons enfin, nous ses collègues directs, nous à qui le seul nom de *successeurs de Baumès* ouvrit toutes les portes, les plus désirées aussi bien que les plus désirables. Dans ce poste, où marquent tant de traces glorieuses, je n'en vois pas une qui n'atteste à la fois ses services et ses luttes. Si nous en jouissons tranquillement, nous, s'il nous est arrivé parfois d'y sommeiller quelque peu, c'est que Baumès nous a conquis le repos à main armée; c'est en faisant la guerre qu'il nous a fait cette paix. Si, pour y opérer la moindre réforme dans l'intérêt des malades ou de l'enseignement, nous avons eu, le plus souvent, à affronter les préjugés sociaux, les résistances administratives, les amour-propres ligués, les habitudes prises, les prétendus droits acquis, songeons à ce que durent être de semblables croisades menées à bien, au début de l'œuvre. Calculons d'après ce que, sous ce rapport, elle coûte d'entretien, si je puis ainsi dire, calculons quels furent les frais de premier établissement. N'oublions pas, en un mot, que l'Antiquaille est bâtie sur le roc, et que, pour y planter les deux drapeaux alliés du majorat et de la science, il fallait, avec un pic bien trempé, une main qui, même au risque de produire quelques éboulements, sût le manier de façon à faire jaillir l'étincelle.

DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES BAINS FROIDS A LYON (JUILLET 1873 — JANVIER 1874);

Par M. Frantz GLÉNARD, interne des hôpitaux.

(Fin). — *(Voir les numéros 3, 4 et 6.)*

OB. XXXI. — (Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, service de M. le docteur Boucaud, observation de M. Bermond, interne du service.) Élis. Hum-

bert, 18 ans. Du 2 novembre au 15 novembre; durée du séjour, 13 jours. *Forme adynamique.* — Début, 9 jours; durée du traitement, 6 jours. — 23 bains; défervescence brusque le cinquième jour, après 21 bains. — Durée de la maladie, 15 jours; de la convalescence, 7 jours. — Guérie (1).

Obs. XXXII. — (Idem). Jeanne Perret, 15 ans; du 18 novembre au 10 décembre; durée du séjour, 22 jours. Début, 5 jours. — Durée du traitement. 14 jours. — 92 bains; défervescence le onzième jour, après 61 bains. — Durée de la maladie, 19 jours; de la convalescence, 8 jours. — Guérie.

Obs. XXXIII.— (Idem, obs. de M. Tédenat). Thérèse Dermonney, 24 ans. Du 27 novembre au 31 décembre. — Début, 8 jours; durée du traitement, 22 jours. — 103 bains; défervescence le quatrième jour, après 24 bains. Au dixième jour, à la suite d'excès alimentaires, la défervescence fut interrompue par un stade d'oscillations ascendantes, et le syndrome observé fit craindre une péritonite. Les bains furent continués, et six jours après tout était rentré dans l'ordre. — Durée de la maladie, 30 jours. — Guérie.

Obs. XXXIV. — (Salle Sainte-Jeanne, malade traitée par M. le docteur Mayet, observation de M. Rabot, interne). Claudine Cornet, 24 ans. Du 13 décembre au 17 janvier; durée du séjour, 35 jours. Le traitement est appliqué le 24 janvier, au dix-huitième jour de la maladie. — Durée du traitement, 9 jours. — 40 bains; défervescence le septième jour. — Durée de la maladie, 27 jours; de la convalescence, 8 jours. — Guérie.

La fièvre typhoïde présenta une marche normale, pendant les deux premiers septénaires; mais la température se maintenait à une très-grande élévation (au-dessus de 40°), et le dix-huitième jour elle atteignit le chiffre de 41°1. M. le docteur Mayet, redoutant alors une complication, n'hésita pas, malgré le favorable pronostic que l'appareil symptomatique avait fait porter jusque là sur l'issue de la maladie, à prescrire les bains froids. Il est difficile de dire ce qu'il serait advenu de cette malade, sans l'intervention des bains; pourtant, il est bon de considérer que, malgré leur emploi, la température rectale atteignait encore 40° avant le vingt-troisième bain, mais grâce à eux sans retentissement sur les symptômes (2).

(1) Voir le procès-verbal de la Société des Sciences médicales, in *Lyon Médical*, n° du 15 février 1874.

(2) Depuis la présentation de mon mémoire à la Société des Sciences médicales, trois nouvelles malades ont été traitées à la salle Sainte-Jeanne pendant le mois de février. Le titre de ce travail ne me permettant pas d'en relater ici les observations, je me réserve d'y revenir plus tard, avec tous les détails, qu'elles comportent lorsque je poursuivrai l'évolution de la méthode Brand à Lyon pendant les mois de février et mars 1874.

Mais j'en veux dire un mot dès maintenant, afin d'écarter toute suspicion:

Ces trois malades, en effet, traitées du 1er février au 9 mars *sont mortes*,

Obs. XXXV. — (Hôpital de la Croix-Rousse, service de M. le docteur Faivre, observation de M. Magnin, n° 48 bis). Cochon, 21 ans. Séjour antérieur, du 15 au 29 sept. 1873, à l'hôpital, où il fut traité pour une ancienne *cachexie paludéenne*, avec hypertrophie considérable de la rate. Le malade rentre le 15 octobre 1873, avec une *fièvre typhoïde ataxo-adynamique* datant de quatre jours (la rate est encore perceptible à la palpation dans le voisinage de l'ombilic). Trois jours après, traitement par les bains. — Début, 7 jours, — Durée du traitement, 42 jours. — 114 bains ; défervescence le neuvième jour, après 71 bains. — Durée de la maladie, 50 jours ; convalescence très-longue. — Guéri.

Pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, la cachexie paludéenne reprit ses droits, l'état général s'aggrava, et trente-

---

de sorte que la statistique de la méthode Brand, dressée à l'Hôtel-Dieu, pour le mois de février (où il n'y a pas eu d'autre cas), donnerait une mortalité de 100 p. 100.

Sur trois cas, trois morts survenues coup sur coup dans l'intervalle de trente-sept jours, tandis que dans l'intervalle de sept mois il n'y a pas eu un seul décès à l'Hôtel-Dieu, pas un seul à la Croix-Rousse ; voilà, certes, un résultat bien étrange. Ne peut-on donc s'en rendre compte ?

J'admets que le traitement ait été appliqué dès le début (dans le sens clinique du mot), qu'il n'y ait eu aucune erreur de diagnostic (les autopsies n'ayant pas été faites), mais, au moins, que l'on veuille bien réfléchir sans parti pris sur les conditions, particulières pour ces trois cas, dans lesquels ils ont été soumis aux bains :

Le traitement était confié. sans contrôle effectif, à une sœur hospitalière (!), détail déjà fort instructif pour ceux qui connaissent les hôpitaux, bien plus, à une sœur hospitalière intimement convaincue, d'après son *expérience (!)*, que l'on attentait à la vie des malades, en se livrant sur elles à une *expérimentation homicide* (!!) : aussi, dès leur entrée dans la salle, ces pauvres malades, charitablement averties du malheureux sort qui les attendait, se soumettaient au traitement avec une terreur bien facile à comprendre, terreur qui. jointe aux mille excuses que la sœur puisait dans sa *responsabilité personnelle* (sic !!!), donnent une idée de la régularité avec laquelle devaient être exécutés les ordres du médecin ; et c'était à ce point que, pour obtenir au moins huit bains en vingt-quatre heures, il ne fallut rien moins qu'un réglement du médecin, revêtu du sceau de l'administration, affiché dans la salle, et ordonnant que les bains seraient administrés toutes les deux heures.

Il m'est aussi pénible d'écrire ces lignes qu'il le sera de les lire ; mais je serais coupable de laisser peser sur les bains froids de pareilles étrangetés.

Je viens de dire qu'il n'y avait point eu d'insuccès à l'hôpital de la Croix-Rousse ; mais c'est une erreur qu'il est de mon devoir de rectifier sans plus tarder. Le 9 mars, en effet, mourait une malade à la salle Sainte-Clotilde, après quarante-trois bains, bien que le traitement eût été institué dès le début et régulièrement poursuivi. C'était là un échec réel devant lequel il fallait s'incliner. Fort heureusement pour la méthode Brand, l'autopsie put être pratiquée et, en présence de quatre chefs de service de la Croix-Rousse, dénota : *tuberculose miliaire ; absence totale des lésions de la dothiénentérie*.

Sans vouloir en tirer plus de conséquence qu'il n'est juste, je puis bien mentionner ceci, que la seule autopsie (à part la mienne), pratiquée à Lyon sur une fièvre typhoïde morte malgré les bains froids, révèle une tuberculose miliaire.

cinq jours après le dernier bain, M. le docteur Faivre s'exprimait ainsi sur ce malade : « On a bien dit, il est vrai, qu'il y avait incompatibilité entre la fièvre typhoïde et la phthisie; mais il n'en est pas moins vrai que cette diarrhée persistante, cette toux fréquente, ces points mats à la percussion, très-manifestes et indubitables, ce dépérissement croissant, tout semble annoncer une maladie surajoutée, et c'est là le premier échec véritable de notre traitement que je dois signaler (1). »

Obs. XXXVI. — (Idem, n° 16). N..., 15 ans; entré le 9 janvier. *Forme ataxo-adynamique grave.* — Début, 9 jours. — Durée du traitement, 20 jours. 48 bains; défervescence dès le deuxième jour, après cinq bains. — Durée de la maladie, 29 jours. — Guéri.

Comme exanthème critique à signaler, le malade présenta un abcès furonculeux de l'aisselle.

La méthode de Brand en dehors des hôpitaux.

Obs. XXXVII. — (Clientèle particulière de M. le docteur Faivre). M. N... Début, 8 jours. — Durée du traitement, 14 jours. — 112 bains. — Durée de la maladie, 21 jours; de la convalescence, 2 jours. — Guéri.

Le surlendemain du jour où le malade prit son dernier bain (la température rectale ne dépasse plus dès lors 38°5), il se promena dehors pendant une heure entière et rentra chez lui à peine fatigué. La marche de la maladie fut très-régulière : tout se passa, pour l'installation comme pour l'application des bains, avec la plus grande simplicité. La mère du jeune homme surveillait rigoureusement les bains pendant le jour, encourageait son fils, luttait

(1) *Lyon Médical* du 4 janvier 1874.

Aujourd'hui, 14 mars, *ce malade est guéri.* Voici, du reste, ce que M. le docteur Faivre a eu l'extrême bonté de m'écrire à ce sujet pour le joindre à l'observation :

« Le malade auquel j'avais fait allusion, dans mon article du 4 janvier, comme devant prochainement périr en état de consomption pulmonaire, a très-heureusement trompé mon pronostic : la diarrhée n'existe plus depuis un mois, la toux a presque entièrement cessé, toute trace de fièvre a disparu, l'embonpoint a notablement augmenté et le teint cachectique a fait place à une coloration normale; en un mot, c'est une convalescence achevée et complète; il est donc évident que je dois rétracter aujourd'hui les paroles que j'avais écrites : *Ce sera le premier échec véritable de notre traitement.*

« Quel que soit l'avenir réservé plus tard à ce malade au point de vue de la tuberculose, avenir pour lequel je fais encore aujourd'hui les plus expresses réserves, nous avons donc le droit de dire que, sur les dix-huit ou vingt malades que nous avons traités dans la salle Saint-Pothin, nous n'avons eu que des succès. »

énergiquement contre la faim dévorante du malade. Pendant la nuit, le service était fait par un ancien infirmier militaire et, par conséquent, avec une rigoureuse ponctualité.

Obs. XXXVIII. — (Clientèle particulière de M. le docteur R. Tripier). Mlle N..., 16 ans. Du 8 au 27 novembre. *Forme ataxo-adynamique très-grave.* — Début, 12 jours. — Durée du traitement, 11 jours. — 51 bains. — Durée de la maladie, 22 jours ; de la convalescence, 7 jours. — Guérie.

Voici, à peu près textuellement, les réflexions que cette observation a suggérées à M. le docteur Tripier :

. . . . . La malade a présenté, pendant les deux jours qui ont précédé le premier bain (onzième et douzième jours de la maladie), la forme ataxo-adynamique la plus grave, une de ces formes dont le pronostic est fatal, dont la guérison, exceptionnelle, ne s'obtient qu'après avoir traversé les complications les plus funestes. Or, il n'y a pas eu vestige de complication, pas même un de ces exanthèmes cutanés, si fréquents à la fin de la défervescence. Après chaque bain, l'amélioration était tellement manifeste que la famille même la constatait. Dès le troisième bain, la malade se rendait elle-même, à peine soutenue, à sa baignoire placée dans une chambre voisine. Les vingt ou vingt-cinq premiers bains furent bien supportés, la malade exprimait son bien-être ; mais plus tard, et cela d'autant plus que la défervescence touchait à sa fin, le traitement devint plus fatigant, et c'est alors, lorsque les bains étaient bien plus cruels (?), que la famille, loin d'apporter un obstacle aux ordres du médecin, fut la première à encourager la malade.

En présence d'un tel fait, comparé aux faits déjà connus, M. le docteur Tripier conclut que le médecin n'a pas le choix dans le traitement de la fièvre typhoïde, et, pour sa part, il est résolu à retirer ses soins à tout typhique qui refuserait les bains froids. . . . .

Ces réflexions, qu'on ne peut certes accuser d'être suspectes, se passent de commentaires. J'ai demandé à M. le docteur Tripier la permission de les signaler, parce qu'elles donnent une idée de la rapidité et de l'énergie avec lesquelles s'impose la conviction, conviction dont se rira seul le médecin qui n'a point vu et ne peut conséquemment juger par lui-même et comparer.

Obs. XXXIX. — (Obs. de M. le docteur Charpy). M. N..., étudiant en médecine, 20 ans. *Forme adynamique grave.* Début, 13 jours. — Durée du traitement, 18 jours (29 novembre au 17 décembre). — 97 bains ; défervescence le sixième jour, après 29 bains. — Durée de la maladie, 31 jours ; de la convalescence, 9 jours, — Guéri.

. . . . . La méthode, appliquée seulement le treizième jour après le début, n'arriva pas à temps pour prévenir l'apparition d'une nouvelle poussée intestinale (exacerbation de l'appareil symptomatique). Il y eut, dès le troisième jour du traitement, et malgré les bains, une intensité telle des symptômes que le pronostic, jusque là favorable, devint désespéré, et que

vraisemblablement la mort fût survenue si la méthode avait été appliquée plus tard (1).

Les bains furent acceptés par la famille, aussitôt que proposés ; les compresses froides sur le ventre, la tête, la poitrine, l'eau glacée en boisson étaient réclamées par le malade lui-même, qui leur reconnaissait une grande efficacité. L'installation a été facile, bien qu'il n'y eût pas de conduites d'eau dans la maison ; le malade n'eut jamais de selles dans le bain, qu'on changeait toutes les vingt-quatre heures (2). Il suffisait, pour obtenir la température de 20°, d'ajouter une marmite d'eau bouillante à l'eau du bain . . .

Obs. XL. — (De la clientèle particulière de M. le docteur Montvenoux, de Montluel, obs. communiquée par M. le docteur Poullet). J.-B. Prudel, 13 ans et demi. Octobre 1873. — Début, 8 jours. — 35 bains environ ont été administrés ; défervescence le troisième jour, après 24 bains ; le huitième jour, le malade ne prend que trois à quatre bains par jour. — Première sortie, vingt jours après le premier bain. — Guéri.

Obs. XLI. — (Clientèle particulière de M. le docteur Dupuy, d'Oullins). Mlle de P..., 13 ans. Début, 3 jours. — Traitement pendant six jours avec les compresses froides, puis bains froids pendant dix jours. — Durée de la maladie, 19 jours ; convalescence très-courte. — Guérie.

Chez cette malade, bien que les fomentations froides eussent été renouvelées *toutes les trois minutes*, *jour et nuit*, *pendant six jours*, on observa le sixième jour une température axillaire de 40°8 le soir, et les bains froids furent institués.

Cette observation de M. le docteur Dupuy est précieuse à ce point de vue qu'elle montre l'insuffisance, en tant qu'unique agent de réfrigération, des compresses froides, même changées toutes les trois minutes. Il est vrai que les symptômes généraux s'amendèrent très-notablement sous leur influence ; mais on ne peut songer sans frémir à la difficulté d'une pareille thérapeutique :

(1) De là l'importance d'une intervention précoce : avant le treizième jour on eût prévenu les accidents, au treizième jour on les a enrayés : plus tard on en eût seulement prévenu de nouveaux, et le succès, dans ce dernier cas, eût dépendu moins de la méthode que de l'état de la nutrition au moment du premier bain. *Le traitement de Brand est beaucoup plus prophylactique que curatif.*

(2) On a voulu attribuer une grande part de l'efficacité des bains froids à ce fait que, grâce à eux, on obtenait, sans l'intervention d'agent spoliateur direct, des selles diarrhéiques fréquentes. Mais, et je l'ai déjà fait remarquer, cette diarrhée est *irrégulière* : on doit la combattre dès le début avec les compresses glacées, et leur action topique ne se fera pas attendre plus de deux ou trois jours, à moins qu'on n'ait à lutter contre cette dysenterie rebelle des phases avancées de la maladie traitée trop tard. Les selles dans le bain doivent être exceptionnelles, et si j'ai parlé de leur fréquence, c'est que *l'application méthodique des compresses froides est impossible à l'hôpital*, surtout pendant la nuit.

seule une mère (et c'est le cas) est capable d'un tel dévoûment ; dans les hôpitaux, c'est totalement impraticable, ou bien il faudrait un contrôle incessant, auquel nul ne se résoudrait.

Mais M. le docteur Dupuy y trouve un autre inconvénient très-réel et plus grave encore, c'est celui-ci : qu'on ne peut jamais laisser aux malades un instant de repos (sans quoi les compresses n'auraient aucune raison d'être), tandis qu'avec nos bains froids, le typhique jouit de trois heures au moins de tranquillité, dort paisiblement dans l'intervalle des bains et que, en outre, il est très-efficacement refroidi : car l'emploi simultané des *compresses froides*, qui est un *point capital* dans l'application régulière de la méthode, à ce point qu'en Allemagne on les appelle compresses de Brand (*die* BRAND'*sche Compressen*), n'est utile, en général, qu'au début et dans les cas très-graves ; et comme il ne s'agit plus alors d'abaisser la température du sang, mais de maintenir l'effet des bains, de lutter surtout contre les processus locaux (diarrhée, bronchite, délire) et de prévenir leur dégénération, il suffit, pour atteindre ce but, de les changer tous les quarts d'heure. J'exprimerai mieux ma pensé en disant que *le bain froid est surtout antipyrétique*, *la fomentation froide est surtout antiphlogistique*.

OBS. XLII. — (Idem). M. N..., 20 ans. *Forme ataxo-adynamique*. Début, 8 jours. — Compresses froides pendant quatre jours ; bains froids les six jours suivants. — Durée de la maladie, 18 jours ; de la convalescence, 8 jours. — Guéri.

Le délire, qui avait persisté malgré l'emploi des compresses froides, disparut dès le premier bain (1).

---

(1) Sur six autres fièvres typhoïdes traitées par les fomentations froides seules, sans qu'il y eût de bain administré, M. le docteur Dupuy a eu deux morts.

Les compresses froides sont donc jugées comme antipyrétiques. Les *vessies de glace* seraient certainement d'un emploi beaucoup plus commode, mais on peut leur reprocher à juste titre : 1° de ne pas atteindre le but, à moins de couvrir la majeure partie de la superficie du corps (la réfrigération de la masse sanguine à l'aide d'une seule vessie de glace sur le front est au moins très-douteuse) ; 2° d'être douloureuses, soit par leur poids, soit par l'intensité du froid local qu'elles déterminent, et d'être ainsi pour le malade une cause d'agitation, au lieu de le calmer ; 3° d'obliger pendant longtemps le malade à une immobilité absolue.

Or, le bain n'est pas douloureux, loin de là, et son grand avantage est qu'il suffit de deux heures (huit quarts d'heure) de balnéation sur vingt-quatre pour avoir une réfrigération suffisante, tandis que vingt-quatre heures de vessies de glace sur vingt-quatre heures atteindraient tout au plus le but.



Obs. XLIII. — (Clientèle particulière de M. le docteur Michel Rondet, de Miribel). Marie M..., 8 ans. Du 9 au 29 octobre 1873. — Début, 8 jours. — Durée du traitement, 12 jours (16 au 28 octobre) ; de la maladie, 22 jours : de la convalescence, 8 jours. — Guérie.

Obs. XLIV. — (Idem). Jaudeau, 32 ans, haute taille, embonpoint (poids, 100 kil.) ; deux attaques antérieures de rhumatisme articulaire aigu ; rien au cœur. *Forme grave.* — Début, 5 jours. — Durée du traitement, qui fut interrompu dès le troisième jour à la suite d'une syncope survenue dans le bain, 2 jours. — 16 bains ; défervescence le neuvième jour de la maladie. — Durée de la maladie. 24 jours ; *durée de la convalescence, quatre semaines.* — Guéri.

Ce qu'il y eût de remarquable dans cette observation, ce fut le défaut d'action des bains, après lesquels on ne constatait pas d'abaissement de la température, bien que l'eau fût à 20° et la durée du bain de quinze minutes ; bien plus, il y eut après le quinzième bain une élévation de 0°4 sur la température prise avant le bain, et la mensuration thermométrique avait été pratiquée par M. Rondet lui-même.

Qu'en conclure, sachant que l'eau froide ne peut pas ne pas refroidir, sinon que le mode d'application ne doit pas être univoque, absolu ? Si, dans les mêmes conditions de traitement, la température d'un malade s'abaisse de 0°1, celle d'un autre de 2° au plus, qu'elle puisse dans un troisième cas rester stationnaire, ne doit-on pas en chercher la cause, soit dans le génie morbide, soit dans le caractère particulier que lui imprime l'organisme sur lequel il sévit (1). J'ai parlé plus haut de l'individualisation de la méthode, c'est qu'il y a aussi individualisation de la maladie, c'est qu'il y a, pour l'appréciation de chaque fièvre typhoïde, un certain nombre de facteurs (causes cosmiques, somatiques, causes inconnues), variant entre de grandes limites et dont il faut tenir compte dans la clinique. Si les bains ne *refroidissent* pas, c'est qu'ils ne sont pas assez *froids*, assez prolongés, assez rapprochés et l'on n'a rien à craindre à les ordonner, par exemple, de 17°, de vingt minutes de durée, toutes les deux heures. *Si la* LETTRE *de la méthode indique de donner des bains, son* ESPRIT *exige de refroidir.*

Une syncope survint dans le seizième bain ; elle fut sans gravité, le malade ayant repris ses sens avant l'arrivée du médecin,

(1) Rœser a insisté d'une manière toute particulière sur la gravité de la fièvre typhoïde chez les personnes obèses. (*Schmidt's Jahrbücher*, B. 117, p. 103).

qui le vit un quart d'heure après et dut s'en rapporter au récit de la famille. J'ai discuté assez longuement plus haut cette complication ; je me suis même permis de développer sur sa genèse, sur sa situation vis-à-vis des bains froids, une opinion toute personnelle : il est donc inutile d'y revenir.

L'exaltation des symptômes typhiques (délire, sécheresse de la langue, etc.), à peine modifiés par le traitement (1), est expressément notée dans l'observation après la suspension des bains (demandée par la famille)

Il faut bien considérer aussi que la convalescence dura quatre semaines au lieu de huit à douze jours.

Epidémie de Curis (près Lyon).

Obs. XLV. — Clientèle particulière de M. le docteur Henri Rondet, de Neuville-sur-Saône). Enfant de 3 ans et demi. — Début, 8 jours. — Cessation du délire au troisième jour du traitement ; après six jours, bains toutes les six heures (température autour de 39°). — Durée du traitement, 14 jours: de la maladie, 22 jours. — Guéri.

Obs. XLVI. — (Idem). Femme de 33 ans. — Début, 8 jours. — Disparition du délire après le troisième bain ; après 9 jours de traitement (dix-septième jour de la maladie), 3 bains dans les 24 heures. — Guérison le vingt-troisième jour.

Le mari de la malade, simple paysan, se crut de lui-même et avec grand sens obligé, la troisième nuit du traitement, de donner des bains toutes les deux heures, parce qu'il voyait, deux heures après le bain, l'agitation et la fièvre renaître, la température remonter à 40°. Le lendemain, M. le docteur Rondet constate une *pneumonie* à la partie moyenne du poumon droit (matité, souffle tubaire, expectoration caractéristique), et, malgré cela, maintient ce traitement avec une courageuse énergie, et ordonne l'application de compresses froides sur le thorax dans l'intervalle des bains (2). Trois jours après, disparition des symptômes thora-

(1) L'eau froide agit donc bien en tant qu'agent réfrigérant et non comme perturbatrice du système nerveux ou modificatrice de la sensibité générale et des fonctions de la peau, puisque l'inefficacité des bains coïncide précisément avec l'absence de réfrigération.

(2) Voilà l'esprit de la méthode ! Il faut « *s'imposer la loi d'effacer entièrement de sa mémoire toutes les théories et les notions communes, pour recommencer tout et appliquer de nouveau aux faits particuliers son entendement bien aplani et, pour ainsi dire, tout ras.* » (Bacon). C'est ainsi qu'on arrivera peu à peu à traiter les pneumonies par les bains froids, en suivant

ciques ; la malade ne prend plus de bain que toutes les sept ou huit heures.

Dans ce cas, on peut être tenté d'accuser les bains froids de cette pneumonie ; mais la pneumonie est une complication très-fréquente de la fièvre typhoïde (1/7 des cas d'après Grisolle, 1/6 d'après Louis), et elle ne s'est présentée qu'une fois sur les cinquante et quelques observations que je relate. En second lieu, c'est bien à une pneumonie typhoïde que nous avons affaire ici, à cette.... pneumonie spéciale, sorte de pneumonie asthénique dans laquelle il y a plus d'hyperhémie passive que de franche inflammation, pneumonie qui ne se manifeste qu'après un développement lent, progressif de la congestion, en un mot pneumonie hypostatique... (langage de la plupart des auteurs), puisqu'il n'y a eu ni douleur ni râles crépitants, puisque en trois jours tout avait disparu.

Seules les compresses froides sur le thorax (action antiphlogistique locale) auraient pu la prévenir ; seules elles en ont précipité la guérison (j'ai dit que les bains froids avaient peu d'action sur les symptômes thoraciques, que ceux-ci relevaient du poison typhique et non de l'excès de température).

Obs. XLVII. — (Idem). Enfant de la malade précédente, 2 ans et demi. — Début, 6 jours. — Bains toutes les trois heures pendant 6 jours, puis toutes les six ou huit heures, puis deux bains par jour (1). — Guérison le vingtième jour.

Obs. XLVIII. — (Idem). La sœur du précédent, âgée de 6 ans. — Début, 3 jours. — Durée du traitement, 13 jours. — Guérie.

Obs. XLIX. — (Idem). Mme B..., vigneronne, 30 ans (son habitation est située à vingt minutes de celle de l'enfant qui fait le sujet de l'observ. XLIII). — Application du traitement dès le premier septénaire. — Durée du traitement, 12 jours.— 75 bains ; défervescence le quatrième jour, après 34 bains. — Guérie.

---

la voie soupçonnée par Campagnano *(Osservatore medico*. Napoli, 1837), suivie par Liebermeister, Ziemssen (1867), Fismer (1873), qui, *en luttant avec les bains froids contre les complications dépendant de l'état fébrile dans la pneumonie*, ont abaissé de plus de moitié la mortalité de cette affection.

C'est du reste Brand le premier (1861) qui a établi, par une étude rigoureuse de ce qu'il appelle « *der degeneriste Typhus*, » non-seulement l'innocuité, mais encore l'effet salutaire du froid contre les accidents thoraciques.

(1) C'est-à-dire deux fois seulement en vingt-quatre heures, la température, mesurée toutes les trois heures, s'élève au-dessus de 38°5.

Les symptômes cérébraux disparurent rapidement. Comme la température restait très-élevée, que l'abaissement après les bains était de 2 à 4/10 seulement, M. le docteur Rondet prescrit, dès le cinquième jour, des bains de 18°, de vingt minutes de durée, et, à partir de ce moment, l'état général s'améliore rapidement, l'abaissement étant de 1° au moins après chaque bain.

Obs. L. — (Idem). Charbonnel, 4 ans et demi (même habitation que les malades des obs XLIV, XLV, XLVI). *Fièvre typhoïde type.* — Durée du traitement, 8 jours. Les bains sont donnés toutes les trois heures pendant les deux premiers jours seulement ; plus tard leur nombre diminue assez rapidement. Il n'y eût, pour ainsi dire, pas de convalescence.

Chez ce malade, la température rectale s'abaissait de plus de 2°, souvent de 3° après chaque bain. Il est très-intéressant de comparer le cas avec ceux chez lesquels il n'y a point d'abaissement thermique après le bain et de rechercher les causes d'une pareille divergence (1). Il est aussi très-important de savoir qu'on peut impunément abaisser de 3° la température d'un fébricitant en quelques minutes ; l'observation montre en outre que l'ascension fébrile en était d'autant plus lente, puisque, dès le troisième jour du traitement, le malade ne prend plus que trois à quatre bains dans les vingt-quatre heures.

Obs. LI. — (Clientèle particulière de M. le docteur Grabinski, de Neuville-sur-Saône). Benoît Fédy, 8 ans. Décembre-janvier 1874. — Début, 3 jours. — Durée du traitement, 10 jours. — 86 bains ; défervescence le sixième jour. — Durée de la maladie, 13 jours ; convalescence très-courte.

Dans l'intervalle des bains, des compresses glacées étaient maintenues sur la tête, préalablement rasée, et des lotions froides pratiquées toutes les heures. La maladie suivit une marche très-régulière, et les bains, au nombre de huit pendant les cinq premiers jours, furent réduits à six dès que la défervescence apparut. Comme personne dans la famille ne savait lire, la température était prise deux fois seulement par jour par M. le docteur Grabinski lui-même.

---

(1) La *masse* des animaux joue un rôle des plus importants dans les phénomènes du refroidissement : plus la masse de l'animal est petite, plus est grand aussi le refroissement en un temps donné pour une même température (Béclard, p. 473).

Les surfaces ne variant que comme les carrés, tandis que les volumes varient comme les cubes, un corps qui pèse, par exemple, huit fois plus qu'un autre de même forme ne présente qu'une surface quadruple, et est par suite proportionnellement deux fois moins exposé aux contacts refroidissants.

Au reste, le traitement de Brand pourrait à la rigueur se passer de thermomètre.

« Juergensen exige, comme condition absolue de l'hydrothé-
« rapie de la fièvre typhoïde, que la température soit mesurée
« toutes les deux ou quatre heures, jour et nuit, pendant des
« semaines, et rejette les signes d'*opportunité du bain* (*Badezeit*)
« que j'ai indiqués (1); il ajoute : *Sine thermometro nulla the-*
« *rapia.* Je dois protester énergiquement contre une pareille
« assertion. Si Juergersen avait voulu faire entendre par là que
« l'observation sans thermomètre n'a pas de valeur clinique, rien
« de mieux; mais qu'il ne soit pas possible, sans thermomètre,
« de traiter (avec succès) la fièvre typhoïde par l'eau, c'est une
« pure erreur. Le traitement de la fièvre typhoïde par l'hydro-
« thérapie est parfaitement, facilement même praticable sans
« thermomètre. Si l'assertion de Juergensen était fondée, le procès
« de l'hydrothérapie serait jugé en dernier ressort, puisqu'elle
« serait inabordable pour le *gros* (*sic*) des médecins et serait à la
« portée de quelques exceptions seulement.

« Bien loin de moi l'idée de vouloir déprécier la valeur de la
« thermométrie dans l'hydrothérapie de la fièvre typhoïde. Au
« contraire, je suis volontiers d'avis que, seul, le médecin sera
« toujours exactement renseigné sur l'état de la maladie, qu'il
« connaîtra toujours le degré précis de la température ... je
« repousse seulement ceci, que le thermomètre soit indispen-
« sable au succès (2). »

Ceci est bien évident; j'ai dû citer ces paroles afin de réfuter la grave objection fondée sur l'impossibilité, surtout à la campagne, de mensurations thermométriques aussi multipliées. Mais alors il faut avoir sous la main des garde-malades intelligents et observateurs (comme celui de l'observ. XLVI), tandis que, avec le thermomètre, leur conduite est presque mathématiquement tracée d'avance, automatique.

---

(1) Ces symptômes sont très-sensibles, même pour les profanes : agitation, délire, chaleur, rougeur des joues et du nez. Ce dernier symptôme, signalé par Brand (1861), est, lorsqu'il se présente, pathognomonique de l'exacerbation : on constate, indépendamment de toute déclivité, une rougeur *inégale* et une turgescence des deux joues, de sorte que l'*une d'elles seulement* présente une coloration rouge obscur.

L'infirmier privé de thermomètre devra savoir que ces symptômes coïncident avec la cessation de l'effet du bain (effet qui doit durer deux heures au moins, si le bain a été assez froid et assez prolongé) et sont une indication formelle à le renouveler.

(2) *Die Heilung des Typhus*, p. 63.

Obs. LII. — (Idem). Jean Fédy, frère du précédent, 5 ans. De janvier à février 1874 (1). *Forme grave.* Début, 8 jours. — Durée du traitement, 12 jours. — 82 bains. Pendant les cinq premiers jours, comme la température dépassait 41° le soir, des lotions froides furent pratiquées toutes les demi-heures et des compresses froides appliquées continuellement sur la poitrine et le ventre dans l'intervalle des bains (2); défervescence le septième jour. — Durée de la maladie, 20 jours. — Guéri.

Obs. LIII. — (Idem). Françoise Fédy, 46 ans, a soigné ses enfants (Obs. LI, LII) et leur a consacré ses nuits. — 16 janvier, 12 février; durée de la maladie, 27 jours. — 1er bain, le quatrième jour après le début. — Durée du traitement, 22 jours; défervescence le quinzième jour; pendant les deux jours qui ont précédé la défervescence, la durée des bains fut fixée à 20 minutes, parce que la température restait élevée. — Quatre jours après son dernier bain, elle surveillait le traitement de son enfant (obs. LIV) et la faisait elle-même baigner.

Obs. LIV. — (Idem). Jenny Fédy, 10 ans, qui prit la fièvre typhoïde, bien qu'elle eût été éloignée de la maison paternelle dès le début de la maladie de son frère, 22 janvier, 25 février. — Durée de la maladie, 34 jours. Le traitement est rigoureusement appliqué à partir du huitième jour. — Durée du traitement, 25 jours; défervescence le seizième jour. — Convalescence, 6 jours. — Guérie.

Obs. LV. — (Idem). Antoine Fédy, 48 ans; du 26 janvier au 3 mars. — Durée, 36 jours. *Forme adynamique grave.* Sept jours après le début on commence les bains (la T. dépasse 41°). — Les bains furent irrégulièrement donnés pendant les premiers jours, l'une des garde-malades s'étant alitée, l'autre « ne pouvant abonder à tout, car elle a d'autres malades à mettre dans le bain et deux enfants convalescents de fièvre typhoïde qui demandent sans cesse à manger (!) »; aussi, le huitième jour du traitement (quinzième de la maladie), après une suspension forcée des bains pendant huit heures en l'absence du médecin, il y a une telle aggravation des symptômes que M. le docteur Grabinski et M. le docteur Rondet, appelé par lui en consultation, jugèrent la situation désespérée et le malade « dans un état où « certainement il devrait mourir par les moyens en usage avant la méthode « Brand. Après un examen attentif, nous sommes d'avis qu'il n'y a aucune « contre-indication et que c'est le cas ou jamais de persister dans le mode « de traitement commencé. T. 41°2. Nous remarquons une éruption con-

(1) Les trois observations suivantes appartiennent au mois de février et ne devraient, par conséquent, pas rentrer dans mon cadre, mais il m'a paru utile de faire exception en leur faveur afin de réunir en un seul groupe tous les cas de fièvre typhoïde traités à Curis par la méthode Brand: il y a eu là une épidémie toute locale, et le rôle des bains froids en face de cette épidémie peut être apprécié à part. Il est évident que la conclusion de mon travail ne peut reposer que sur les cas traités de juillet 1873 à janvier 1874, et que ces trois observations doivent être éliminées de ma statistique pour figurer dans celle des mois suivants.

(2) C'est là encore l'*esprit* de la méthode.

« fluente de taches rosées à la partie supérieure de la poitrine, s'étendant « sur le moignon de l'épaule.

« Il nous promet de se mettre au bain ; mais, après un quart d'heure « d'attente, pendant lequel il me dit qu'il va se baigner, voyant qu'il ne « le fait pas, je le plonge moi-même dans l'eau à 19° et fais durer le bain « pendant vingt minutes. Depuis ce moment, il n'a plus cherché à se sous- « traire aux immersions. » — Défervescence six jours après (quatorzième jour du traitement).— Durée du traitement, qui fut prolongé à cause d'excès alimentaires, 29 jours. En pleine convalescence (le 3 mars, la T. varie entre 37°2 et 38°).

Ainsi donc, sur 11 cas (obs. XLIV à LV) traités à Curis, où sévissait une épidémie de fièvre typhoïde, il y a eu 11 guérisons. Mais l'importance d'un tel résultat sera bien plus significative lorsqu'on aura lu les conclusions suivantes, que MM. les docteurs H. Rondet et Grabinski ont bien voulu, sur ma prière, joindre à leurs observations.

Notes et réflexions sur une epidémie de fièvre typhoïde par les docteurs H. Rondet et Grabinski.

« Depuis quelque temps, on discute sur la valeur du traitement de Brand dans la fièvre typhoïde. En présence de contradictions plus apparentes que réelles, nous croyons devoir être utiles en rapportant ce que nous avons observé pendant une épidémie qui a sévi à Curis, commune de 400 habitants environ. 20 cas de fièvre typhoïde se sont présentés dans un laps de temps de six mois et ont été soignés par deux méthodes différentes.

« Une première série se compose de *neuf* typhiques ; nous les avons traités avec le quinquina, le vin, le bouillon et une alimentation en rapport avec l'état de chacun : sur ce nombre il y a eu *quatre décès*.

« Un résultat aussi défavorable nous a engagés à suivre une autre voie. Le mémoire de M. F. Glénard venait de paraître et nous traçait une nouvelle ligne de conduite avec des garanties sérieuses : nous n'avons pas hésité. *Onze* fièvres typhoïdes ont été traitées par la méthode de Brand, que nous avons cherché à appliquer avec autant de rigueur que possible ; à partir de ce moment, nous n'avons plus perdu un seul malade. Ces faits parlent d'eux-mêmes et se passent de tout commentaire.

« La méthode par les bains froids, toute barbare qu'elle paraît, a été cependant acceptée sans trop de difficulté. Aujourd'hui les résultats sont là, et nos simples paysans, qui jugent par les faits,

se soumettront à l'avenir, le cas échéant, à ce mode de traitement sans hésiter.

« Nous ne voulons pas faire ici l'histoire de nos malades, dont les observations seront rapportées — trop succinctement peut-être — dans un autre article ; nous voulons simplement relater quelques particularités.

« On a accusé les bains de prolonger la diarrhée au delà des limites ordinaires. Rien de semblable ne s'est présenté chez aucun de nos malades ; les selles ont toujours été de moins en moins fréquentes, à mesure qu'on s'éloignait du début de la maladie ; elles avaient même à ce moment de la tendance à se mouler ; il y a eu dans certains cas une constipation réelle.

« L'irrégularité dans l'administration des bains nous a toujours paru apporter une influence défavorable.

« Nous ne voulons pas passer sous silence le fait de cette pneumonie bien caractérisée, survenue avant la défervescence, pneumonie qui est entrée rapidement en résolution sous l'influence de nouvelles immersions ; enfin, cet autre fait, déjà relaté ailleurs, que le bain froid n'empêche pas l'écoulement des règles et n'est pas contre-indiqué à cette époque.

« Nous terminons cette courte notice, en nous déclarant parfaitement convaincus de l'efficacité de la méthode de Brand, — à la condition qu'elle soit bien appliquée —, et nous allons au devant des objections qu'on pourrait être tenté de nous faire, en engageant les incrédules à essayer pour leur propre compte. »

CONCLUSIONS.

> .... Mais l'*induction* vraiment utile dans l'invention ou la démonstration des sciences et des arts fait un choix parmi les observations et les expériences, dégageant de la masse, par des exclusions et des réjections convenables, les faits non concluants ; puis, après avoir établi un nombre suffisant de propositions, elle s'arrête enfin aux affirmatives et s'en tient à ces dernières....
>
> BACON.

a. Le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids n'est pas nuisible.

Sur 52 fièvres typhoïdes (je laisse de côté les trois dernières observations, qui appartiennent au mois de février) traitées à Lyon ou dans les environs et suivant la méthode Brand par seize médecins, du mois de juillet 1873 au mois de janvier 1874, il y a

ou 52 guérisons. Ce chiffre comprend 34 hommes, 11 femmes, 7 enfants.

Trois cas, sur 52, ont présenté des complications : le premier (observat. XXI, syncope, entérorrhagie) fut soumis au traitement le treizième jour : traitement tardif; dans le second (obs. XLIV, syncope), les bains n'abaissaient pas la température : traitement irrégulier; dans le troisième (obs. XLVI, pneumonie), il n'y eut pas de compresses froides : traitement incomplet.

Ainsi donc, sur 4,000 bains froids environ, 4 seulement ont été suivis d'accidents qu'on pourrait tout aussi bien rejeter sur la maladie elle-même, accidents, du reste, qui n'ont pas nécessité d'interruption dans le traitement (sauf l'obs. XLIV, où elle fut demandée par la famille), et se sont rapidement dissipés.

b. Le traitement par les bains froids est utile, supérieur aux autres modes de traitement.

En premier lieu, nous avons démontré, nous l'espérons du moins, que ce traitement repose sur une base physiologique bien assise, et c'est déjà quelque chose, en thérapeutique, que de savoir ce qu'on fait, ce qu'on veut, d'avoir, en un mot, pour se conduire dans l'application, ce qu'on a appelé avec raison un « fil médicinal. »

En second lieu, il faudrait, à la vérité, pouvoir dire que ces 52 fièvres typhoïdes ne constituent pas une série exceptionnelle de 52 cas favorables, qui tous auraient guéri, quelque fût le mode de traitement employé. En d'autres termes, il faudrait pouvoir établir que sur ces 52 cas, 13 se seraient terminés par la mort (la moyenne des décès dans les hôpitaux de Lyon étant, pour la fièvre typhoïde, de 25 °/ₒ), si l'on avait employé le traitement habituel.

C'est là ce qu'il est impossible de prouver autrement que par approximation.

Or, il est juste de noter que la proportion de 52 guérisons sur 52 cas est inouïe à Lyon; que le traitement par les bains froids n'a été appliqué que dans les cas graves, tandis que dans les statistiques habituelles on compte, sous la rubrique de fièvre typhoïde, toutes les fièvres muqueuses et autres typhicules, naturellement éliminés de la nôtre (comme ayant pris moins de 40 bains), et, enfin, que 8 malades sur 52 ont été soumis au traitement après le douzième jour, alors que, les médicaments

refusant toute action, le pronostic était fatal et les bains adoptés comme ultime ressource.

Mais nous devons faire plus encore avant de conclure.

De même que, par des raisons longuement développées plus haut, j'ai dû écarter de ma statistique le cas de mort de la salle Saint-Pothin (soumis au traitement 25 jours après le début), comme ne rentrant à aucun titre dans les cas qui peuvent servir à une juste et rigoureuse appréciation de la méthode et de l'aphorisme de Brand; de même j'élimine, et pour le même motif, les cas de guérison, au nombre de cinq (obs. XVII, XXVIII, XXX, XXXI, XLIV), vis-à-vis desquels la méthode Brand a joué un rôle peu significatif, ou dans lesquels elle n'a pas été régulièrement appliquée.

Après avoir ainsi « dégagé de la masse, par des exclusions et des réjections convenables, les faits non concluants, » et nous être de la sorte entouré des meilleures garanties d'une légitime et rigoureuse induction, nous pourrons écrire :

Cas traités par la méthode Brand......	47
— guéris —	47

Les conclusions s'imposent tout naturellement :

I. La *méthode de traitement*, qui exerce la plus favorable influence sur la marche et l'issue de la fièvre typhoïde est celle qui, prenant en considération l'élévation morbide de la température (peu nous importe maintenant que le rôle, attribué à la chaleur fébrile, soit fondé ou non) et la tendance adynamique de la maladie, a pour principes : *réfrigération, alimentation continuelles* du malade (MÉTHODE DE BRAND).

La statistique dressée sur 6 à 8,000 fièvres typhoïdes traitées par cette méthode depuis l'ouvrage de Brand, en Prusse, en Autriche, en Russie, donne une mortalité de 4, 5 à 7, 5 % au lieu de celle, 18 à 25 %, que donne la méthode médicamenteuse.

II. Le *procédé thérapeutique*, qui répond le mieux à l'indication : refroidir, est celui qui consiste : 1° à traiter par l'eau froide dès le début de la maladie et jusqu'à la fin de la défervescence; 2° à prévenir ou combattre chaque exacerbation et maintenir les rémissions; 3° à administrer, dans ce but, de grands bains froids (1) répétés jour et nuit (d'après les règles indiquées plus

(1) Brand, en 1861, formulait le demi-bain tiède, avec affusions froides. Lorsque les travaux de Juergensen (1866) eurent montré l'innocuité des

haut) ; des compresses froides, des lavements froids, de l'eau glacée en boisson dans l'intervalle des bains (Procédé de Brand).

Cette proposition est justifiée par notre troisième conclusion :

III. L'aphorisme de Brand, qui dit :

Toute fièvre typhoïde traitée régulièrement et dès le début par l'eau froide sera exempte de complications et guérira,

est vrai jusqu'à ce jour (1). Il en est de même de l'aphorisme :

Toute fièvre typhoïde dégénérée ou traitée tardivement (après la 1re période) *présentera plus de chances de guérison avec l'eau froide, régulièrement administrée, qu'avec tout autre mode de traitement.*

Sur nos 47 cas, en effet, il y en a eu 8 traités après le douzième jour. Si j'y joins le cas de mort de la salle Saint-Pothin, on aura ainsi 8 succès sur 9 cas, proportion éloquente si l'on songe que, dans ces conditions, le traitement par les bains froids a été appliqué comme dernière ressource, alors que le pronostic devenait funeste, malgré l'emploi des médicaments.

Le corollaire :

Toute fièvre typhoïde traitée par l'eau froide, qui présentera des complications ou ne guérira pas, n'aura pas été traitée régulièrement et dès le début,

est parfaitement logique, et Brand ne saurait nous reprocher de l'avoir formulé.

C'est à démontrer la vérité de cette dernière proposition que nous serviront les insuccès ; car il y aura toujours des insuccès, en admettant même que la méthode fût universellement acceptée dans toute sa rigueur : je n'en veux pour preuve que les cas foudroyants qui tuent les malades deux ou trois ou huit jours après

---

grands bains froids (et même glacés) Brand se rallia à ce nouveau procédé, qu'il a définitivement adopté comme le plus sûr, le plus praticable.

Mentionnons, en passant, que c'est surtout depuis Juergensen et Ziemssen (1866) que la thermométrie rectale a été substituée à l'axillaire, moins précise, moins fidèle et moins prompte

(1) Bien que l'induction la plus légitime (celle qu'on s'est complu à taxer d'enthousiaste) ait permis à Brand de formuler son aphorisme et nous autorise aujourd'hui à le confirmer avec la plus sincère conviction, nous ne nous dissimulons pas que, pour le plus grand nombre, le raisonnement inductif paraîtra insuffisant à justifier la réponse telle que nous l'avons donnée, à cette question : Une fièvre typhoïde traitée régulièrement et dès le début *peut*-elle mourir ?

Mais l'avenir, et nous n'avons jusqu'à présent nulle raison d'en douter, répondra également « *non* », à condition toutefois qu'on veuille bien donner au terme « début » son véritable sens clinique.

qu'ils se sont alités (1), soit que le début ait été latent (*typhus ambulatorius*), soit que le malade ne se soit mis au lit qu'à la dernière extrémité, auxquels cas, la méthode ayant été appliquée apparemment au début, l'aura été réellement, lorsque déjà la fièvre typhoïde avait atteint sa seconde période. L'autopsie montrera alors des lésions ultérieures au dixième jour (jour moyen, d'après Griesinger et la plupart des auteurs, de la détersion des ulcères intestinaux) et prouvera que le début anatomique avait précédé le début des symptômes subjectifs.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que de pareils faits se présenteront très-exceptionnellement dans la clientèle civile, et que, dans les

---

(1) A titre d'exemple, je citerai l'observation de Brand, parce qu'un examen peu scrupuleux, peu clinique, *pourrait* la faire considérer comme un échec de la méthode :

« Obs. 31. Fièvre typhoïde très-grave ; évolution lente au début, puis tout à coup précipitée ; le neuvième jour, coma profond, mort imminente, début du traitement par l'eau froide ; mort douze heures après.

« W. volontaire, 18 ans, robuste, élancé, blond, se sent fatigué, sans savoir au juste ce qu'il éprouve, du 18 au 25 juillet 1860. Tantôt il se lève, tantôt il ne peut quitter le lit ; son mal de tête se dissipe sous l'influence d'un laxatif ; la fièvre est modérée, il se plaint surtout d'un accablement sans limites. Le 25, la fièvre typhoïde se caractérise, et par des symptômes si alarmants, que le médecin traitant est réduit, dès le lendemain, à porter le pronostic le plus funeste. La nuit dernière, coma persistant : un bain tiède avec affusion paraît procurer quelque soulagement. Appelé aujourd'hui 27 juillet, à quatre heures du soir, à traiter le malade par l'hydrothérapie, je le trouve plongé dans *le plus profond coma*, avec *contractures*, 146 pulsations. T. 40°6.... »

Inutile de poursuivre. Est-ce bien là, de bonne foi et en bonne vérité, ce qu'on peut appeler : traiter dès le début ? Non. *Une fièvre typhoïde dont le pronostic est fatal, une fièvre typhoïde qui se terminera par la mort en douze heures n'est plus à son début.*

Brand dit à propos de cette observation :

« .... S'il est des cas dans lesquels mon traitement a réussi, bien « qu'il n'y eût apparemment que peu ou pas de chances de guérison, il est « évident que ce ne peut être toujours la règle. La prudence exige, à la « vérité, de n'aborder les cas désespérés qu'avec la plus grande circons- « pection, mais il sera difficile, et pour les autres aussi bien que pour moi, « de rester inflexible devant une famille désolée qui demande s'il n'y a pas « une dernière tentative de salut ; et cela d'autant plus que j'ai vu surve- « nir la guérison dans des cas pour lesquels tout espoir avait semblé perdu. « C'est à l'avenir qu'il appartient de décider lesquels, de ces cas, justifient « une dernière tentative. . » (*Die Hydrotherapie des Typhus*, p. 249)

La citation suivante me paraît également très-opportune :

« Rendre la santé à tous les malades serait sans doute une chose plus « désirable que de prévoir les événements ; mais elle est impossible. Les « uns sont enlevés par la violence du mal, avant d'avoir appelé de médecin, « d'autres meurent aussitôt après. Certains ne survivent qu'un jour, quel- « ques-uns un peu plus : de sorte que l'art *n'a pas toujours le temps* d'op- « poser ses ressources à la maladie. » (Hippocrate, *Traité des pronostics*, chap. I.)

hôpitaux, la mortalité de la fièvre typhoïde, réduite à ce minimum ne dépassera pas 4 ou 5 pour 100.

En dehors de ces conditions, il restera, pour expliquer l'échec d'un traitement régulier et institué dès le début, les cas, moins rares qu'on ne croit, dans lesquels la tuberculose miliaire aura été traitée pour une fièvre typhoïde.

Comme dernière conclusion :

IV. Les résultats obtenus, à Lyon, par l'application de la méthode Brand au traitement de la fièvre typhoïde, justifient son adoption dans les hôpitaux de cette ville, encouragent, exigent même sa propagation aussi bien dans la clientèle particulière que dans les établissements hospitaliers.

Nous attendons maintenant avec confiance le verdict des faits expérimentaux, beaucoup plus concluants encore que toutes les discussions théoriques.

SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LYON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE.

Présidence de M. Girin.

Séance du 16 février.

A l'occasion du procès-verbal, M. Bondet fait une rectification et une addition. Il avait pensé et dit que M. Frantz Glénard, dans l'intention louable d'imposer la méthode de Brand, en avait sans doute exagéré les résultats ; il n'en est rien : M. Glénard affirme que toute fièvre typhoïde. traitée dès le début et méthodiquement par les bains froids, guérit infailliblement et sans complications. La jeune fille dont M. Bondet a parlé dans la dernière séance comme étant en voie de guérison a succombé depuis. Lundi dernier, elle était en très-bonne voie; mardi on a constaté une pneumonie à droite, avec un pouls à 150, 40 à 50 respirations par minute. L'autopsie n'a pu être faite. Cette fièvre typhoïde, qui avait été très-grave, avait été fort amendée par les bains froids ; M. Bondet déclare que ce fait ne change rien à sa manière de voir sur l'efficacité des bains froids.

M. Passot trouve des contradictions chez les partisans de la méthode ; pour Brand, ce mode de traitement est spécifique, pour M. Glénard il ne l'est pas ; M. Bondet lui reconnaît une efficacité très-grande, et pourtant, chez sa malade, l'amélioration ne s'est produite qu'après quarante-cinq bains.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu une lettre de M. Dunant, de Genève, qui demande le titre de membre correspondant, et qui envoie à l'appui un travail *sur la*

mortalité comparée à Genève et à Lyon. M. Soulier est chargé de faire un rapport sur ce mémoire.

M. PÉTREQUIN donne connaissance d'une lettre de M. Girard de Cailleux, qui remercie la Société de la part qu'elle a prise à l'étude de la question du régime des aliénés, modifié par le règlement de septembre 1870; il lui apprend que la question est heureusement résolue par le retour à la loi de 1838, solution à laquelle ont contribué puissamment la discussion qui a eu lieu à la Société de médecine de Lyon et l'opinion formulée par elle.

Suite de la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

M. FOLTZ. Le 15 février 1874, jai fait une quatrième expérience sur les lavements froids dans laquelle j'ai mesuré l'abaissement de température.

A onze heures du matin, deux heures après l'ingestion d'un bol de café au lait assez fort, et après un exercice modéré, j'ai pris successivement six lavements d'un litre d'eau froide à 8°. Chaque lavement est gardé cinq à six minutes. Le pouls, avant l'expérience, était à 80 pulsations et la température de la bouche prise pendant dix minutes, sous la langue, était à 37°3.

A midi et demi, après le sixième lavement, le pouls est tombé à 52, et la température de la bouche, après un quart d'heure, marque 35°3. Ainsi, le pouls a baissé de 28 pulsations et la température de 2 degrés.

Une heure après et après un déjeuner modéré, le pouls est encore à 58 et la température à 36°

Le soir, le pouls est à 70, son état normal, d'ailleurs.

M. CHASSAGNY lit un travail intitulé : *Considérations théoriques sur la méthode de Brand et programme d'expériences à réaliser*.

M. LÉTIÉVANT. En prenant la parole à propos de la méthode de Brand, mon intention n'est pas d'entrer dans la discussion, mais seulement de signaler l'heureuse influence que la médication hydrique peut exercer sur les pyrexies traumatiques.

Les fièvres traumatiques, dites aujourd'hui septicémiques, ont quelques caractères communs avec les fièvres typhoïdes : principe toxique supposé comme condition de développement, appareil fébrile, phénomènes ataxiques, adynamiques, etc. J'en ai tiré cette déduction que ce qui était efficace dans les fièvres typhoïdes devait l'être aussi dans les septicémies.

Voici un fait à l'appui de cette idée :

Pierre L...., âgé de vingt-cinq ans, mécanicien de profession, nerveux de tempérament, demeurant à Pontchéri (Isère), était en chasse. Pour descendre d'un rocher, il s'aida de son fusil comme d'une canne, la main appuyée sur l'orifice du canon. Le coup partit, et la charge traversa la main de part en part.

Le sang coula abondamment. Le médecin, M. Michel (de Pontchéri) pratiqua le tamponnement au perchlorure de fer et m'amena le blessé le lendemain 12 janvier 1874, vingt-quatre heures après l'accident.

La plaie était grave ; l'ouverture d'entrée était, à la paume de la main,

de la largeur d'une pièce d'un franc, noirâtre et montrant la bourre de l'arme à 5 ou 6 millimètres de profondeur.

L'orifice de sortie était à la région dorsale du métacarpe, sous la forme d'une plaie très-étendue et très-complexe dans ses éléments. La perte de substance s'étendait des têtes métacarpiennes à l'interligne articulaire radio-carpien, du bord cubital de la main au bord radial du deuxième métacarpien.

Non-seulement la peau tout entière avait été emportée à ce niveau avec sa doublure cellulaire et l'aponévrose sous-jacente, mais encore les tendons de la région avaient été détruits : il en restait deux flottants dans la plaie, qui ne tenaient plus à leur portion musculaire ; une légère traction suffit à les tirer de leur gaîne.

Les désordres sur le squelette de la main étaient bien plus accusés encore : les cinquième, quatrième, troisième métacarpiens étaient réduits en fragments ; le deuxième métacarpien était dénudé, mais non fracturé. L'os crochu et le grand os étaient en débris multiples. L'articulation du trapézoïde et du deuxième métacarpien était ouverte ; de même les articulations carpiennes et, par conséquent, la grande articulation radio-carpienne qui communique avec elles.

L'amputation était indiquée par ces désordres. Cependant les sollicitations de la famille m'autorisèrent à faire de la conservation à outrance.

Je nettoyai la plaie de toutes ses aspérites osseuses : les métacarpiens furent réséqués, les esquilles des os grand et crochu détachées. Je donnai ainsi à la surface de la plaie un aspect lisse et uniforme. Elle communiquait avec la paume de la main à l'aide d'un tube en coutchouc placé dans l'ouverture d'entrée ; ce tube devait faciliter l'écoulement de la suppuration.

Puis, la plaie tapissée de petites boulettes très-dures de charpie imbibée d'eau de Pagliari, le malade fut transporté à son lit. La main et l'avant-bras furent soumis à l'irrigation froide continue.

La première nuit fut bonne.

Le lendemain soir 14 janvier, quarante-huitième heure de l'accident, la fièvre s'alluma, le pouls monta à 100 et la température à 40° dans l'aisselle, l'agitation cérébrale commençait à se produire.

Les six jours qui suivirent, 15, 16, 17, 18, 19 et 20 janvier, la température se maintint à ce même degré, le pouls oscilla de 94 à 100, 115 et 120 pulsations, à 140, le dernier soir ; la respiration, irrégulière, atteignait 30.

Le délire était tantôt calme, tantôt agité ; le malade se jetait alors hors de son lit et courait dans la salle. La carphologie, des soubresauts des tendons, un tremblement des membres rappelaient l'état des typhiques gravement atteints.

Cet état *septicémique* n'était ni le résultait d'une *phlegmasie locale* : il n'y avait pas de phlegmon, pas d'érysipèle, pas de complications locales ; ni un *délire nerveux* : il y avait fièvre intense ; ni une *méningo-encéphalite* : il n'y avait ni vomissement ni constipation opiniâtre ; ni *fièvre typhoïde* : on ne trouvait aucun signe abdomino-thoracique de cette affection.

Les opiacés, l'aconit, le sulfate de quinine (1 gr. 50 à la fois) n'avaient produit jusque-là aucune amélioration.

Cette résistance à l'influence de ces agents actifs, en même temps que

l'aggravation du mal, me décidèrent à modifier complètement le traitement. Je supprimai tout remède et je prescrivis :

1° Des bains d'eau froide, à 27° centigrades, de quinze à vingt minutes de durée ;

2° Un lavement d'eau froide toutes les trois heures ;

3° Toutes les deux heures, des applications froides, fréquemment renouvelées, sur le front ;

4° L'ingurgitation d'eau froide légèrement acidulée ;

5° La continuation de l'irrigation froide du membre.

Le membre blessé, maintenu dans une immobilité parfaite entre deux demi-gouttières métalliques abondamment cotonnées, le malade fut, en ma présence, plongé dans son bain à sept heures du soir.

Dès son immersion, épistaxis légère qui cède à une affusion froide sur la tête. Deuxième affusion froide vers la huitième minute. Vers la neuvième minute, un frisson commence à se produire sur les lèvres du patient. Ce frisson se généralise bientôt, devient intense et s'accompagne d'un violent claquement de dents. Je fais sortir le malade vers la dix-huitième minute. Il continue à grelotter une dizaine de minutes encore dans son lit ; puis le frisson cesse.

Un deuxième bain fut donné le matin du 21. Il détermina une évacuation alvine involontaire ; le frisson commença vers la cinquième minute ; la durée du bain ne fut que de quinze minutes ; puis, le patient continua à trembler encore quelques minutes dans son lit ; pendant ce temps, il eut une seconde évacuation alvine involontaire.

Troisième bain le soir du 21. Émission involontaire d'urine. Début du frisson à la cinquième minute. La troisième affusion froide, un peu avant la sortie du bain, détermine des efforts de vomissements. Quelques heures après, le sentiment de la faim se manifeste.

Le quatrième bain, pris le matin du 22, le cinquième le soir du 22, le sixième le 23 au matin, ne presentèrent rien de particulier, mais produisirent tous le frisson intense, le réveil de l'appétit et une amélioration générale.

Au point de vue de la température, chaque bain avait donné des résultats importants. Ainsi, le malade, qui avait 40° avant son premier bain, n'avait que 39°, une heure après. L'abaissement, une heure après le deuxième bain, fut de 7/10 de degré ; de 9/10 une heure après le troisième bain ; de 5/10 une heure après le quatrième, de 1° 6/10 une heure après le cinquième, de 8/10 une heure après le sixième bain.

Le pouls suivait ces variations de la température, descendant avec elle, se relevant comme elle.

Le délire et l'agitation nerveuse s'amendaient de même, quand la température s'amendait.

C'était là le résultat brut, attribuable au bain froid seulement.

Mais la médication était aidée par l'administration de lavements froids toutes les trois heures. Or, cette intervention prolongeait l'effet obtenu par le bain, ou, du moins, modérait le retour ascensionnel de la température. C'est ainsi que, la température commençant à remonter un peu après une

heure, redescendait légèrement à la fin de la troisième heure. pour remonter ensuite et redescendre encore vers la sixième heure.

Ces abaissements successifs dans la courbe ascensionnelle, coïncidènt précisément avec les heures de l'administration des lavements froids.

Ainsi se trouve cliniquement affirmé l'abaissement de la température par les lavements froids, que M. Foltz vient de nous démontrer expérimentalement.

Le 23 janvier, l'influence de cette médication avait amené une sédation telle que je supprimai les bains. Je continuai trois lavements froids par jour, les boissons froides; j'ajoutai l'alimentation.

L'amélioration se prononça les jours qui suivirent. Elle fut entravée, huit jours plus tard, par la production d'une angioleucite légère du bras, qui ne nécessita pas de modifications dans ce dernier traitement; puis elle reprit sa marche vers la guérison. qui peut être considérée aujourd'hui comme assurée.

Je ne veux pas insister sur beaucoup de détails intéressants que comporte l'étude de cette observation, au point de vue de la conservation surtout. Mon unique but, je le répète, est d'apporter le fait d'une application nouvelle de la méthode dont le procès s'instruit dans cette assemblée.

On n'avait pas encore, en chirurgie, abordé cet ordre de moyens contre les complications fébriles graves du traumatisme, sur lesquelles nous avons si peu de prise. C'est une voie ouverte qui mérite d'être signalée.

La méthode que j'ai employée est *mixte*. Elle est le résultat des notions acquises aujourd'hui sur la médication hydrique.

Ce n'est point la méthode pure de Brand; ce n'est pas non plus la méthode de Récamier. J'ai emprunté à ces deux auteurs, de même que j'ai imité M. Rodet dans l'application des compresses froides.

A Brand, j'ai emprunté : 1° le grand principe sur lequel il insiste : abaisser la température; 2° la règle de conduite pour la répétition des bains, l'élévation de la température. Nous devons à M. Frantz Glénard la vulgarisation de ces précieuses données; 3° le développement du frisson dans le bain. Dans la méthode de Récamier, dont je vais parler, on laissait naître le frisson, mais on sortait du bain avant qu'il fût complètement développé.

A Récamier, j'ai pris le degré du bain, 27° centigrades, les lavements froids, que je répète plus souvent que lui, les boissons froides.

La méthode de Récamier pour le traitement des fièvres typhoïdes était, en effet, la suivante : il administrait tous les jours un bain à 27° centigrades, quelquefois deux bains si le malade était très-agité; il donnait trois lavements par jour, et faisait boire de l'eau froide, qu'il acidulait légèrement.

Cette méthode, par laquelle on croyait combattre surtout les symptômes nerveux de la fièvre typhoïde, était très en vogue vers l'année 1855. dans certains quartiers de Paris. Le docteur Masson, élève de Récamier, professait pour elle un grand enthousiasme. Il était médecin de la maison de santé de la rue Oudinot, 19; il m'affirmait que, par cette méthode, il n'avait jamais perdu aucune des fièvres typhoïdes nombreuses qu'il avait traitées dans cet établissement. Atteint moi-même de fièvre typhoïde à Paris. en 1855, je fus transporté dans cette maison et soigné par le docteur Masson. Je

subis alors la médication que je viens de rappeler, véritable *diète hydrique*, qu'il m'a été donné de mettre à mon tour en usage avec avantage.

M. Passot dit qu'il a parlé de la méthode de Récamier telle qu'il l'a vue appliquer en 1838 ; à cette époque, Récamier ne donnait ni bains froids ni lavements froids : il n'employait que les affusions froides.

Le secrétaire adjoint, P. Mardurl.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES.

Présidence de M. Laroyenne.

Comptes-rendus des séances de novembre 1873.

M. Odin montre à la Société un fœtus rachitique, mort-né à la suite d'un accouchement laborieux, qui présente une transposition complète de tous les organes : cœur, aorte, estomac, duodénum, pancréas, foie, rate, cæcum et rectum.

DISCUSSION.

M. Bron. J'ai vu dernièrement un exemple d'une transposition des organes aussi complète qu'on pouvait en juger sans autopsie : le cœur était à droite et le foie à gauche. Le sujet est une jeune fille de quatorze ans.

M. Fochier. La transposition des organes est une des monstruosités que l'on reproduit le plus facilement chez les ovipares. En effet, tous les organes se développant par deux bourgeons symétriques, il suffit de favoriser ou d'entraver le développement d'un de ces bourgeons pour produire la transposition. On y parvient soit en recouvrant d'un vernis une des moitiés de l'œuf, soit en exposant cette moitié à une température plus élevée. Il est possible que dans les premières semaines de la grossesse, alors que les bourgeons sont encore symétriques, une cause analogue ait amené la transposition des viscères.

M. Horand lit un mémoire sur l'*emploi de la glace dans la cystite blennorrhagique*. (Voir p. 214.)

DISCUSSION.

M. Dron. Dans la première observation, il s'agit d'une blennorrhagie avec rétention d'urine, que M. Horand attribue à une cystite. Il me semble que, dans ce cas, l'inflammation de la vessie n'est pas bien prouvée ; en effet, la cystite blennorrhagique n'empêche pas l'émission des urines, au contraire, elle augmente de beaucoup le nombre des mictions, elle s'accompagne d'un ténesme pénible dont il n'est pas question dans l'observation. La rétention d'urine dans la blennorrhagie peut être due à un gonflement de la muqueuse du canal ou à une tuméfaction de la portion uréthrale de la prostate.

M. Horand nous dit qu'il a pratiqué le toucher de la prostate ; mais à vingt-deux ans cet organe n'est pas très-développé et une certaine augmentation de volume a pu passer inaperçue.

Je crois donc que, dans ce cas, la rétention d'urine doit plutôt être attribuée à l'inflammation du canal qu'à une cystite. La rétention d'urine dans la blennorrhagie n'est pas très-rare, et souvent il suffit de quelques cataplasmes et de bains de siége pour rendre en vingt-quatre heures l'émission des urines plus facile ; j'en pourrais citer de nombreux exemples.

Je reconnais, du reste, que, dans la deuxième observation, il s'agit bien probablement d'une cystite, vu le ténesme qui a précédé la rétention.

M. Cazenave fait un fréquent usage de la glace, il l'emploie même chez les vieillards. Je ne sais s'il n'y aurait pas quelque danger à suivre son exemple ; les veines de la partie inférieure du rectum sont ordinairement très-volumineuses chez les sujets âgés, peut-être s'exposerait-on, en les faisant disparaître, à quelques troubles de la circulation cérébrale.

M. D. Mollière. On a signalé quelques accidents mécaniques dus à l'introduction des fragments de glace dans le rectum ; M. Diday, pour les éviter. a pour habitude de renfermer la glace dans un sac de baudruche. Je demande à M. Horand ce qu'il a observé à ce point de vue.

M. Aubert. J'ai observé trois faits qui viennent à l'appui de ce que vient de dire M. Horand en faveur de l'emploi de la glace. Dans le premier, il s'agit d'un homme âgé, porteur d'hémorrhoïdes, atteint de ténesme vésical avec érections très-pénibles, accidents dont je ne pus bien préciser l'origine, mais que l'introduction des fragments de glace dans le rectum amenda d'une manière remarquable. Pour tout dire, il faut avouer qu'il se forma plus tard un abcès péri-rectal que je fus obligé d'ouvrir ; mais il m'est impossible de savoir le rôle qu'a pu jouer la glace dans la formation de cet abcès. Le malade guérit.

Le deuxième fait est beaucoup plus probant. C'était une cystite cantharidienne, causée par l'ingestion d'un demi-verre d'une infusion d'un gramme de poudre de cantharide dans un litre d'eau. L'ingestion eut lieu dans la soirée ; à une heure du matin le malade fut pris d'un ténesme intense, qui dura jusqu'à mon arrivée, huit heures du matin. Je trouvai le malade dans un état d'angoisse inexprimable, urinant toutes les cinq minutes. Après la première introduction de glace dans le rectum, il resta une demi-heure sans uriner ; après la seconde, le besoin d'uriner ne se fit sentir que deux heures plus tard. Les introductions de glace furent répétées, et à midi le malade était complètement guéri. Dans ce cas, les effets de la glace me paraissent indubitables ; je sais bien que la cystite cantharidienne est ordinairement de courte durée ; mais il y eut un soulagement si marquée, si immédiat qu'il me semble impossible de ne pas le rapporter à l'action de la glace.

Le troisième fait concerne un jeune homme de quinze ans, atteint de blennorrhagie, qui fut pris dans le courant de la journée de rétention d'urine à la suite d'une injection livrée par un pharmacien. Je ne vis le malade qu'à dix heures du soir ; il était dans un état déplorable, la vessie était énormément distendue, je le sondai et je fis faire des introductions de glace dans le rectum. L'effet fut des plus heureux : pendant la nuit, le malade put

déjà uriner seul. et le lendemain il était guéri, non de sa blennorrhagie: mais de sa rétention d'urine. Ce fait me semble encore assez en faveur de l'emploi de la glace.

M. Bron. J'ai traité par la dilatation un malade atteint de rétrécissement de l'urèthre, qui, toutes les fois que je passais la sonde, était pris de rétention d'urine dans la soirée. Le traitement par la dilatation devenait impossible, j'eus recours à l'introduction de la glace dans le rectum, et depuis la rétention ne s'est pas reproduite, et le traitement a pu être mené à bonne fin.

M. Horand. M. Dron ne croit pas que mon premier malade ait eu une cystite ; cependant, dans ce cas, il y a bien des choses en faveur de la cystite. Les fatigues du malade, les traitements qu'il a subis de la part de deux pharmaciens expliquent l'extension de l'inflammation de l'urèthre à la vessie. La longue durée de la rétention d'urine, qui a persisté pendant quatre jours, malgré les traitements variés, et nécessité le cathétérisme, ne peut pas être attribuée à un simple gonflement de la muqueuse du canal, gonflement qui aurait dû disparaître après un jour de repos, d'après M. Dron lui-même. Quant à la prostate, je l'ai examinée avec trop de soin pour que sa tuméfaction ait pu m'échapper. Je crois donc dans ce cas avoir eu affaire à une cystite blennorrhagique avec rétention d'urine guérie par la glace.

Il m'est impossible de répondre à M. Daniel Mollière; mais M. Cazenave, qui a employé la glace très-souvent, n'a signalé aucun accident consécutif à son introduction dans le rectum.

M. Laroyenne. M. Aubert a parlé de l'emploi de la glace pour diminuer les érections. J'ai vu un jeune homme de vingt ans, atteint de pertes séminales avec impuissance, auquel l'introduction de la glace dans le rectum rendit des érections que la cautérisation du canal et les injections profondes n'avaient pu provoquer ; il me semble donc que la glace ne doit pas avoir sur les érections l'effet sédatif que M. Aubert lui attribue.

M. Dron. J'ai vu beaucoup de cystites blennorrhagiques, et je puis dire que je ne les ai jamais vues déterminer de la rétention d'urine, mais du ténesme. Dans la blennorrhagie, la cause de la rétention d'urine peut être mécanique ou spasmodique ; dans le premier cas, elle est due à la tuméfaction inflammatoire d'une partie du canal ; dans le second, à un spasme du col, suite de l'inflammation des parties voisines, mais elle n'est jamais produite par une cystite. M. Rollet n'a jamais vu de cystite blennorrhagique avec rétention d'urine ; aussi je me permets de contester le diagnostic de la première observation de M. Horand.

M. Bron lit une note sur le mécanisme de l'incontinence et de la rétention d'urine dans les inflammations de la vessie et du canal.

M. Bron, s'appuyant sur la disposition des fibres musculaires du col de la vessie et les données de la physiologie pathologique,

établit que l'inflammation vésicale provoque à un degré différent le besoin d'uriner, et que le besoin peut aller jusqu'à l'incontinence ; quand, au contraire, l'inflammation siége dans l'urèthre même, on observe quelquefois la rétention.

Pour M. Bron, la rétention d'urine qui accompagne les rétrécissements de l'urèthre n'est point due à un gonflement de la muqueuse, mais bien à un spasme du col vésical, provoqué par l'inflammation qui existe en arrière de l'obstacle.

Il croit que, dans l'un des faits cités par M. Horand, la rétention était bien le résultat d'un spasme du col, conséquence de l'uréthrite ; c'est ainsi qu'il comprend les bons effets que M. Horand a retirés de l'emploi de la glace.

DISCUSSION.

M. Dron. M. Bron dit qu'il n'y a jamais rétention d'urine par rétrécissement du canal ; mais il me semble que les fistules urinaires prouvent bien que l'urine arrive jusqu'au point rétréci.

M. Bron. Le rétrécissement n'est que la cause indirecte de la rétention, la contracture du col en est la cause directe. C'est le spasme du col, conséquence de l'inflammation ou du rétrécissement du canal qui produit la rétention, et si l'on peut faire tomber le spasme, la rétention cesse.

M. Gayet. Je crois l'opinion de M. Bron trop absolue ; le spasme du col est souvent la cause de la rétention, mais le rétrécissement peut aussi constituer l'unique obstacle à l'émission des urines ; on le voit bien dans l'uréthrotomie externe, lorsqu'il arrive au chirurgien d'ouvrir le canal en arrière du point rétréci, l'urine jaillit aussitôt.

M. Horand. M. Bron nous a très-bien expliqué le mécanisme de la rétention d'urine dans la cystite du col ; or mon malade n'a eu qu'une cystite du col, si je n'ai pas insisté sur le siége de l'inflammation, c'est que dans la cystite blennorrhagique il s'agit toujours d'une cystite du col.

M. Dron. C'est justement pour cela que je maintiens ce que j'ai avancé : la cystite du col ne produit jamais de rétention et toujours du ténesme.

M. Bron. L'inflammation du canal cause la rétention par contraction réflexe des fibres du col, l'inflammation de la vessie amène l'incontinence. Dans l'observation de M. Horand, la rétention était la conséquence d'une uréthrite et non d'une cystite.

Le secrétaire annuel, Patel.



REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

Du mécanisme du genou en dedans et de son traitement par le décollement des épiphyses, par X. Delore, ex-chirurgien major de la Charité de Lyon. — Voici le résumé de cette communication, faite à la Société de chirurgie dans la séance du 11 février 1874 :

I. *Symptômes.* — L'angle de la cuisse avec la jambe, qui à l'état normal est de 4 degrés, varie pour le genou en dedans de 10 à 80 degrés.

L'interligne articulaire est oblique de haut en bas, et de dehors en dedans, à un degré beaucoup plus accentué qu'à l'état normal. Ce fait est dû à l'abaissement du condyle interne du fémur. C'est là la principale cause du déjettement de la jambe en dehors. Quand le genou est fléchi à angle aigu, toute trace de genou en dedans disparaît ; dans cette situation, une règle appliquée sur le genou s'incline d'autant plus fortement en dehors que l'affection est plus prononcée. Cette inclinaison est due à la proéminence de l'extrémité du condyle interne du fémur.

La seconde cause est l'incurvation en dehors du tibia, dont le centre est au niveau de la tubérosité antérieure de cet os.

Une ligne droite tirée du grand trochanter à la malléole externe forme la corde d'un arc dont le milieu est au niveau du genou. A l'état normal, la distance de cette corde au bord externe de la rotule a été trouvée de 2 centimètres. Dans les cas de genou en dedans, cette distance s'élève jusqu'à 10 et 15 centimètres.

Les autopsies fournissent des renseignements encore plus précis. Le fémur présente une exagération de courbure très-importante à notre point de vue ; c'est celle de la courbure à concavité externe sur le tiers inférieur de l'os. Sa disposition est telle qu'elle produit une bascule qui relève le condyle externe et abaisse le condyle interne.

Quand on tient un fémur normal suspendu par le centre de sa tête, la différence de niveau est de 2 à 4 millimètres ; dans les cas de genoux en dedans elle est de 1 et même 3 centimètres.

Une jambe de 20 centimètres de longueur étant donnée, 1 centimètre de différence de niveau l'écarte de l'autre de 9 centimètres ; 2 centimètres l'écartent de 14 centimètres et 3 centimètres vont jusqu'à 17 centimètres ; de telle sorte que si le genou en dedans est double, les malléoles sont distantes de 18 centimètres dans le premier cas, de 28 dans le second et de 34 dans le troisième. Voilà le vrai mécanisme du genou en dedans.

J'ai fait des recherches sur le nombre des individus exemptés au conseil de révision dans le département du Rhône pour genoux en dedans : pendant les années 1869, 1871 et 1872, 15 jeunes gens ont été réformés pour cette infirmité sur le chiffre de 14,895 inscrits, soit 1 sur 993.

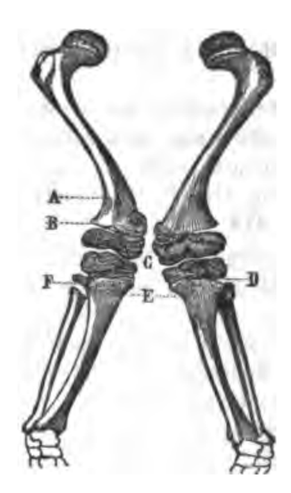


Fig. 1.

La figure 1 représente le squelette des membres inférieurs d'un enfant mort de rougeole vingt et un jours après le redressement, et sur lesquels on perçoit la trace des lésions traumatiques produites par le redressement. Voici l'indication des lettres : A, courbure latérale produisant le genou en dedans; B, décollement épiphysaire du fémur produit par l'opération; C, projection en bas des condyles internes ; D, décollement épiphysaire du tibia ; E, tassement du tibia ; F, décollement épiphysaire du péroné.

II. *Traitement.* — Je ne repousse pas les tuteurs et les appareils à redressement lent, mais je donne la préférence au redressement brusque, que je pratique pendant l'anesthésie. Le membre est placé dans la rotation en dehors ; un aide maintient la malléole externe à 10 centimètres environ au-dessus du plan du lit, et le chirurgien fait des pressions avec petites secousses sur le genou, dont la saillie regarde directement en haut. La durée et la force de ces pressions varient suivant les cas. On entend habituellement quelques craquements et le redressement s'opère. Il est dû :

1° A l'écartement des surfaces articulaires, qui peut se constater par des mouvements de latéralité.

2° A l'arrachement du périoste par les ligaments latéraux externes.

3° Au décollement des épiphyses, qui porte sur le condyle externe du fémur, la tubérosité externe du tibia et même la tête du péroné. Ce décollement est quelquefois brusquement accompli et accompagné d'un fort craquement. Dans la plupart des cas il est impossible de le constater sur le vivant.

4° Au tassement de la tubérosité interne du tibia.

5° Enfin à l'élasticité du fémur et du tibia. Le redressement est maintenu d'abord au moyen d'un bandage amidonné, ensuite avec un tuteur.

Cette opération n'a été suivie d'aucun accident, quoique pratiquée plus de deux cent fois. Le genou retrouve toutes ses fonctions au bout de six mois.

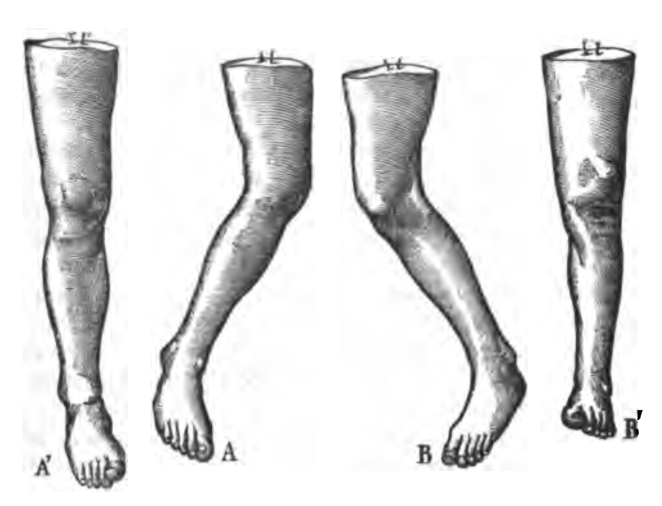


FIG. 2.

La figure 2 est l'exacte représentation de photographies de moules en plâtre. Elle est une démonstration complète de la méthode. — A et B sont des moules en plâtre faits avant l'opération ; A' est un moule en plâtre fait sur le lit d'opération immédiatement après ; il démontre que le redressement a été complet ; B' est un moule en plâtre fait un mois après ; il démontre que le redressement a persisté.

THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement local des cavités pulmonaires, par le docteur MOSLER, de Greifswald. — Pénétrer directement de l'extérieur, à travers les parois thoraciques, dans une caverne, un abcès pulmonaire ou une dilatation bronchique, et traiter cette lésion comme un abcès ordinaire, voilà ce que l'auteur propose et ce qu'il a fait dans un certain nombre de cas, avec quelque succès relatif.

Déjà Barry, en 1726, avait proposé ce mode de traitement ; plus tard, Masse, von Herff, Hooken ont repris cette idée sans cependant lui donner une forme pratique. Mosler nous donne aujourd'hui trois observations.

OBSERV. I. Dans le premier cas, il s'agit d'un phthisique de cinquante-un ans, arrivé à la dernière période de la maladie ;

depuis 1869, il avait une pneumonie droite ; il avait eu plusieurs hémoptysies, et, actuellement (1872), il portait une caverne au sommet droit très-superficiellement placée dans la région sous-claviculaire, s'étendant jusqu'à la quatrième côte. M. Mosler ne pouvait espérer le guérir. Il crut néanmoins devoir tenter la méthode, et il fit avec une canule assez large de l'appareil aspirateur de Tiersch une ponction dans le second espace intercostal, à 6 centimètres du bord droit du sternum, puis il injecta par cette canule 20 centimètres cubes d'une solution de permanganate de potasse. Ceci se passait le 1er novembre 1872 ; la canule fut laissée en place pendant trois jours, l'injection étant renouvelée chaque jour. Le quatrième jour, on enleva la canule et on ferma l'orifice Le malade supporta très-bien ces manœuvres et n'en éprouva aucun inconvénient.

Observ. II. Dans ce cas, il s'agit d'une dilatation bronchique avec sécrétion abondante et fétide. L'auteur fit cinq injections désinfectantes, comme plus haut. Le malade les supporta très-bien; la fétidité des sécrétions disparut et l'état général en fut très-notablement amélioré.

Observ. III. Dans ce cas, M. Mosler ne fit pas seulement une ponction, mais il ouvrit largement par le thorax une cavité bronchi-ectasique. C'était sur un peintre de quarante-neuf ans, qui, depuis cinq ans, était en traitement pour une dilatation bronchique du lobe supérieur droit ; il avait eu plusieurs hémoptysies et il était extrêmement émacié ; il avait, de plus, une affection amyloïde des reins avec un dépôt abondant d'albumine dans les urines.

Le 2 juillet 1873, M. Mosler, assisté du professeur Hüter, fit une incision de 3 centimètres dans le second espace intercostal, le long du bord supérieur de la troisième côte, à 5 centimètres et demi du sternum. La longue durée de la maladie permettant de croire à la formation de solides adhérences pleurales, on ne craignit pas d'inciser avec hardiesse la peau, les muscles et les tissus sous-jacents, et l'on arriva ainsi dans une cavité d'où s'écoula une sécrétion purulente fétide avec des bulles d'air; il n'y eut pas d'hémorrhagie. On introduisit dans l'ouverture un drain d'argent, puis on assujettit sur la partie des compresses imbibées de liquides phéniqués et une vessie de glace.

Le malade supporta très-bien cette opération; le soir, il avait 37°,8 c. Son pouls était à 84 et sa respiration à 36. Le pus s'écoulait librement par la canule ; il y avait moins de toux et moins de sécrétion. On renouvela plusieurs fois le bandage pendant le jour.

Nous n'entrerons pas dans les détails journaliers de cette observation, nous dirons seulement que l'on fit par l'ouverture thoracique des injections désinfectantes au permanganate de potasse dans la cavité pulmonaire, et que l'on insista surtout sur des inhalations pratiquées au moyen de liquides phéniqués pulvérisés au niveau de l'incision. L'état local s'amenda considérablement, l'écoulement

diminua, il perdit sa fétidité, il prit un aspect louable; la toux diminua aussi, mais la lésion rénale fit des progrès, l'albuminurie augmenta, l'état général empira et le malade mourut le 5 octobre 1873, sans fièvre, mais avec des signes de paralysie cardiaque.

A l'autopsie, on trouva de fortes adhérences pleurales à droite; une énorme cavité occupant presque tout le lobe supérieur droit et contenant un peu de liquide purulent; c'est dans cette cavité que l'incision avait pénétré; la surface interne de cette vaste excavation présentait en quelques points des granulations rougeâtres de cicatrisation. Les reins et la rate offraient une dégénérescence amyloïde très-avancée.

M. Mosler, s'appuyant sur ces faits, pense que l'on est autorisé à dire que le parenchyme pulmonaire est plus tolérant qu'on le croit généralement, et que l'on peut, dans certains cas, agir sur lui directement, du dehors à travers les parois thoraciques, comme on le ferait pour tout autre organe placé à la portée du chirurgien; il pense que ce ne sont pas seulement les cavernes des poumons qui peuvent être attaquées de la sorte, mais que l'on pourra s'adresser aux inflammations pulmonaires elles-mêmes et les traiter par des injections médicamenteuses comme les autres tumeurs ou néoplasies parenchymateuses. (*Berliner Klinische Wochenscrift*, octobre 1873, et *The Clinic*, 13 décembre 1873.)

Des diaphorétiques dans les maladies des reins, par le docteur Koloman Muller. — Dans la dernière réunion des médecins et des naturalistes allemands, M. Koloman Müller a exposé le résultat de ses recherches sur l'antagonisme qui existe entre la sécrétion cutanée et la sécrétion urinaire. Sur un certain nombre de chiens, il a mis à nu les uretères, et, introduisant des canules dans ces conduits, il a pu compter le nombre de gouttes d'urine qu'ils fournissaient dans un temps déterminé, soit lorsque les animaux étaient soumis à la chaleur, soit lorsque, sous l'influence de l'action du froid sur leur peau, leurs fonctions cutanées étaient plus ou moins ralenties. Par cet examen comparatif, l'auteur a pu se convaincre directement que la sécrétion rénale était très-notablement augmentée quand celle de la peau diminuait et *vice versâ*. Voici les traits principaux de deux de ces expériences :

1° Un chien muni de ses canules uretérales est rasé; puis, son corps est entouré de compresses trempées dans de l'eau froide; l'uretère, qui donnait 30 gouttes d'urine par minute, donna 41 gouttes dans le même laps de temps au bout de quinze minutes d'applications froides;

2° Un second chien, préparé comme le premier, donna 36 gouttes d'urine par minute. Son corps est entouré de compresses trempées dans de l'eau chaude. Au bout de dix minutes, l'uretère ne donna plus que 15 gouttes d'urine par minute, et, au bout de vingt minutes, il ne fournit plus que 7 gouttes.

M. Koloman Müller conclut de ces faits qu'un traitement diaphorétique prolongé diminue les fonctions des reins et doit être utile dans les cas de maladie inflammatoire de ces organes; du reste, on sait que les sudorifiques réussissent dans la période aiguë de la maladie de Bright. Sous l'influence d'un traitement hydrothérapique, M. Müller a vu un malade atteint d'affection de Bright aiguë avec œdème perdre, après une seule séance, dix livres de son poids.

Le docteur Bartels dit avoir constaté, à Kiel, des faits semblables. Sous l'influence des diaphorétiques, dans des cas de maladie brightique aiguë (*Allgem. med. central Zeitung*, 28 janv., et *British med. journ.*, 14 févr. 1874.)

Abus des bains chauds chez les nouveau-nés, par J. Simon. — L'auteur réagit contre les bains chauds de cinq à dix minutes, répetés trop souvent chez les nouveau-nés ; ils les étiolent, les prédisposent au coryza. Les bains chauds sont utiles aux enfants nerveux, atteints de fortes coliques, constipés ; mais ils sont quelquefois précisément la cause de la persistance d'intertrigos, pour lesquels on croit devoir les continuer, et qui cependant disparaissent dès qu'aux bains l'on substitue des lotions astringentes (eau de noyer dont on augmente peu à peu la force).

L'auteur a peu de confiance dans les bains de sublimé contre la syphilis infantile et leur préfère les frictions mercurielles et la liqueur de van Swieten à l'intérieur. (*Gaz. hop.*, 1106, 1873).

Traitement de la fistule anale par la ligature élastique. — Le professeur Stokes (de Dublin) a trouvé dans la ligature élastique un moyen de diérèse capable de remplacer l'action du bistouri et agissant d'une façon analogue à celle de l'écraseur linéaire. Ayant à faire l'opération de la fistule à l'anus dans des conditions assez défavorables, Stokes a imaginé d'étreindre les tissus à diviser entre le rectum et la fistule dans une anse de fil élastique traversant tout le trajet fistuleux pour pénétrer dans le rectum par l'orifice interne de la fistule et revenir sortir par l'orifice anal. Au moment où les deux extrémités du fil sont réunies et serrées, il résulte de la striction exercée une vive douleur qui, chez le malade de Stokes, ne put être calmée qu'au bout d'une heure par un suppositoire morphiné. Pour que l'issue de la ligature s'opérât, il fallut quatre jours dans l'observation du chirurgien de Dublin. Il n'y eut pas une goutte de sang de perdue et la cicatrisation se fit rapidement, malgré la hauteur (un pouce et quart) à laquelle se trouvait l'orifice intestinal du trajet fistuleux. (*Dublin med. Press.*, janv. 1874.)

REVUE DES LIVRES

Physiologie étiologique et traitement de l'anaphrodisie, par le docteur Ch. Pechenet, in-8° de 78 pages, chez A. Delahaye, Paris, 1873.

L'auteur sépare nettement l'agénésie ou stérilité, impuissance à procréer, de l'anaphrodisie, trouble dans l'érection, dont il sera question dans son travail. Au seul chapitre consacré à l'anatomie et l'histologie des tissus érectiles, succède l'étude du mécanisme de l'érection : 1° turgescence sans rigidité due à la paralysie des vaso-moteurs (Robin) et à un certain degré, reconnaissant pour cause la paralysie des fibres musculaires des testicules (Kœliker) ; 2° turgescence et rigidité dépendant uniquement de la contraction des muscles placés sur le trajet des canaux veineux.

Des causes de l'anaphrodisie, les unes sont locales (altérations des organes érecteurs), les autres générales (altérations de l'imagination, des centres nerveux, du sang).

La cachexie syphilitique (Ricord) peut produire l'anaphrodisie, qui chez les saturnins est d'une fréquence extrême. Parmi les poisons incriminés, l'auteur met en première ligne les boissons alcooliques prises à haute dose. Il cite à ce propos l'opinion de Plutarque : « Ceux qui boivent beaucoup de vin, mêmement du « pur, sont lâches à l'acte de la génération et ne sèment rien qui « vaille. » Outre l'anaphrodisie, l'oxyde de carbone amènerait, en outre, un arrêt de développement des glandes séminales. — Suit une énumération complète des diverses affections qui peuvent devenir une cause d'anaphrodisie, ainsi que des diverses substances exerçant une action plus ou moins bien démontrée.

Le coït incomplet, suivant les doctrines de Malthus, prédisposerait beaucoup à l'anaphrodisie. Parmi les substances agissant directement sur le phénomène de l'érection par action vaso-motrice, l'auteur cite le café. L'opinion contraire (ce qui ne doit point nous étonner) a été cependant soutenue par un homœopathe, et nous ne pouvons moins faire que de rapporter les paroles d'Hahnemann : « Cette boisson a enlevé aux Allemands le sérieux réfléchi de leurs ancêtres, la solidité des jugements, la fermeté dans la volonté et dans les résolutions, qualités distinctives du caractère national et leur a donné une imagination *luxurieuse* pour composer des romans lubriques, des poésies badines ou érotiques.

Pour l'auteur, il n'existe pas de véritables aphrodisiaques.

La médication dite aphrodisiaque peut se diviser en trois groupes :

1° Agents médicamenteux (cantharide, phosphore, strychnine, opium et alcool à doses modérées, musc, castoréum, vanille, menthe, etc.) ;

2° Agents physiques (hydrothérapie, électricité) ;

3° Agents mécaniques (massage, flagellation, ventouse, sinapismes). F. GROMIER.

Etude comparée des eaux minérales de la France et de celles de l'Allemagne, etc., par le professeur J.-E. PÉTREQUIN. In-18 de 33 pages, chez A. Delahaye, à Paris.

Ce petit opuscule est extrait du *Monde thermal* ; c'est un mémoire qui a été lu au Congrès médical tenu à Lyon en 1872, et qui figure dans le volume de cette session.

Dans ce travail, M. Pétrequin trace un parallèle concis et rapide entre nos principales sources minérales et celles de l'Allemagne. Il divise ces sources en cinq classes, subdivisées ellesmêmes en ordres, et il étudie successivement : 1° les sources minérales alcalines ; 2° les sources salines (chlorhydratées, sulfatées et mixtes) ; 3° les sources sulfureuses (sulfurées, sulfhydriquées) ; 4° les sources iodurées et bromurées ; 5° les sources ferrugineuses (carbonatées et crétacées, sulfatées, chlorhydratées, phosphatées).

L'auteur énumère les principales sources allemandes dans chacune de ces divisions, et place en regard les sources que la France peut leur opposer ; il insiste en peu de mots sur les propriétés et les indications de chacune d'elles, de sorte que, en quelques pages, M. Pétrequin donne au lecteur un résumé substantiel de l'hydrologie minérale de notre pays et de l'Allemagne.

C'est un opuscule essentiellement pratique, qui est appelé à rendre de vrais services et que nous recommandons spécialement au médecin praticien.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Leven donne lecture d'un travail sur la physiologie et la pathologie de l'estomac, et en particulier sur la pathogénie de la dyspepsie. — D'après M. Leven, l'estomac n'a dans la digestion qu'un rôle accessoire ; il réduit, grâce à ses mouvements et au suc qu'il sécrète, le volume des aliments, les désagrége et facilite leur entrée dans l'intestin ; c'est presque une machine à broyer. L'ingestion des substances azotées n'augmente pas la sécrétion du suc gastrique, mais détermine la production d'une grande quantité d'eau chargée de sels, due à une exosmose des capillaires de la muqueuse stomacale.

Pour l'auteur, la dyspepsie est une affection de l'estomac caractérisée par une sécrétion aqueuse qui retarde la digestion ou qui la compromet. Cette hypersécrétion est, en quelque sorte, un moyen de défense employé par l'organe pour se débarrasser de corps étrangers, sur lesquels il n'a que peu de prise et qu'il viendrait entraîner au dehors en les inondant d'un flot de liquide. Dans presque tous les cas de dyspepsie, sinon dans tous, le symptôme dominant est l'hypersécrétion aqueuse ; c'est là que le traitement doit atteindre. Mais les remèdes classiques, tels que l'opium, le charbon et la pepsine, etc., échouent le plus souvent. Sans doute ils soulagent quelquefois, mais presque jamais ils ne procurent la guérison. Aussi M. Leven les a-t-il abandonnés et n'emploie plus que la médication suivante, qui réussit le plus souvent à guérir même les dyspepsies les plus invétérées. Il fait prendre à ses malades de très-petites doses de sels neutres ou autres, difficilement attaquables par l'estomac : sulfate de soude, phosphate de soude, phosphate de chaux, chlorure de sodium, bromure de potassium. Il ne donne jamais plus de 25 à 50 centigrammes de ces médicaments par jour, et constate très-vite un amendement dans les symptômes dyspeptiques ; le gonflement de l'estomac diminue, la sécrétion exagérée se tarit et la maladie guérit peu à peu. Outre cette médication, il faut conseiller un régime spécial composé d'aliments facilement attaquables par l'estomac.

— M. Bouchardat lit une note sur l'*étiologie du choléra*. La principale cause de l'épidémie qui, depuis quelques années, sévit en Europe et semble s'y acclimater, est, suivant l'auteur, la famine, que suit le choléra d'une façon pour ainsi dire fatale.

L'intervention de M. Bouillaud dans la discussion sur la *fermentation*, a appelé de nouveau à la tribune M. Colin et M. Pasteur. La discussion terminée, nous en donnerons un résumé, s'il y a lieu. (*Séance du* 10 *mars*.)

— La séance annuelle de l'Académie a eu lieu, le 17 mars, devant un auditoire nombreux M. Roger a lu le rapport sur les prix ; M. J. Béclard a lu l'éloge de Louis, à qui l'on doit une étude remarquable sur la fièvre typhoïde, et des recherches souvent citées sur la phthisie. Après ces deux lectures a eu lieu la proclamation des prix et des médailles

---

VARIÉTÉS.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN DES HÔPITAUX.

Vendredi 20 mars, à la suite du concours pour une place de médecin des hôpitaux, le nom de M. Colrat a été proclamé à une majorité de six voix sur onze.

Neuf candidats étaient inscrits : MM. Colrat, Coutagne, Debauge, Drivon, Franchet, Jacquet, Humbert Mollière, Patel et Vinay.

Il est à regretter qu'une légère indisposition ait écarté de la lutte M. Patel, à qui le dernier concours pouvait donner les plus légitimes espérances.

« *Des orifices et des valvules du cœur.* » Tel était le sujet de la première épreuve.

Sans rester toutefois au-dessous de leur tâche, quelques candidats ont paru être surpris par cette question des plus classiques.

M. Mollière seul s'est montré entièrement maître de son sujet. Sachant éviter avec beaucoup de tact les hors-d'œuvre d'érudition, dans sa description anatomique et histologique, d'ailleurs très-exacte ; M. Mollière a ensuite exposé très-nettement les diverses théories se rapportant au jeu des valvules, sans oublier les recherches récentes d'Onimus et les travaux particuliers à l'école lyonnaise.

Une grande partie des mêmes éloges reviendrait à M. Colrat s'il n'avait un peu écourté la partie anatomique de la question.

Le mémoire de M. Jacquet est divisé avec beaucoup de méthode ; son histologie assez complète.

M. Debauge, dont chacun a pu apprécier les qualités de style, nous a non moins intéressé au point de vue scientifique, par l'exposé des théories un peu paradoxales de Küss ; mais pourquoi passer en quelque sorte sous silence les travaux de notre école ?

« *De la pneumonie envisagée au point de vue de ses caractères aux différents âges.* » — Nous ne pouvons qu'applaudir à l'heureux choix de la question du deuxième jour, traitée du reste d'une façon remarquable par la plupart des candidats.

La division ingénieuse de M. Colrat lui a permis de se maintenir dans les limites exactes de son sujet, sans négliger aucun des points de la comparaison à établir entre la pathologie du vieillard, de l'enfant et celle de l'adulte. En terminant cet intéressant parallèle, M. Colrat a donné à ses conclusions la sanction de la statistique. Il ne pouvait appliquer plus à propos ses connaissances de pathologie générale.

Nous féliciterons M. Drivon d'avoir également adopté la division *par symptômes*. Entre plusieurs parties fort originales qui ont frappé l'attention à la lecture de ce mémoire, nous nous contenterons de citer l'étude des crachats et des urines dans la pneumonie, et la pneumonie des aliénés.

Bien que le plan de M. Vinay soit tout différent, la confusion n'est point son défaut. Son travail concis, clair, méthodique, est écouté avec beaucoup d'intérêt; l'histologie pathologique est traitée avec soin. et le chapitre de la pneumonie des enfants fait honneur à l'ancien interne de la Charité.

Il serait injuste de ne pas signaler également les mémoires de MM. Mollière et Jacquet, comme ayant leurs droits aux honneurs vaillamment disputés de cette brillante journée.

Le sujet de l'épreuve du troisième jour laissait peut-être un peu à désirer au point de vue de l'intérêt scientifique, mais il n'en est point à coup sûr de plus actuel.

Sacrifiant tout à cette actualité, la majorité des candidats lui a malheureusement fait une part beaucoup trop large. La plupart ne se sont occupés que de l'eau froide ; d'autres,encore plus exclusifs, ont restreint le domaine de l'hydrothérapie au traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. La question étant ainsi posée : *de l'emploi de l'hydrothérapie dans les maladies aiguës*.

MM. Mollière, Colrat et Drivon ont donné une excellente définition de l'hydrothérapie et distingué très-nettement l'action de l'eau chaude, tiède ou froide sur la calorification, la circulation et le système nerveux, à l'état physiologique et pathologique.

M. Coutagne, tout aussi complet sur le chapitre de l'hydrothérapie en général, l'est encore davantage au point de vue des applications thérapeutiques ; les diverses maladies de la peau, les formes aiguës de l'aliénation, la chorée, tout est passé en revue, avec un esprit critique très-fin, dans cette intéressante et courte improvisation.

Le malade, sujet de la première épreuve clinique, était atteint de *diabète avec induration du sommet droit, et souffle systolique à la pointe, signe probable d'insuffisance mitrale.*

A peu près tous les candidats sont arrivés très-rapidement au diagnostic principal, MM. Drivon, Colrat et Coutagne en première ligne. On pourrait reprocher à M. Colrat d'avoir affirmé trop catégoriquement l'intégrité des sommets, sur l'état desquels l'examen des crachats, si minutieusement fait par M. Coutagne, l'eût certainement renseigné d'une façon très-positive.

M. Drivon a interrogé son malade avec beaucoup de sang-froid et de méthode. Lui seul a su tirer parti de la densité des urines, caractère très-important, en face de réactions incomplètes et influencées par la présence de l'albumine.

Le second malade présenté aux candidats était affecté d'une *leucocythémie de cause splénique, avec légère albuminurie.* — L'épreuve de M. Colrat eût été très-supérieure s'il n'avait omis cette dernière complication, constatée très-nettement par le jury au moyen de l'acide picrique.

Le diagnostic de M. Coutagne a été rigoureusement exact, bien que le malade ait été examiné avec une certaine émotion. M. Coutagne affrontait du reste pour la première fois la rude épreuve du concours.

M. Mollière, lui aussi, a rédigé sur ce malade une excellente consultation, et a reconquis ainsi sur le terrain clinique l'avantage qu'il avait perdu la veille, en ne se montrant pas affirmatif sur l'existence du diabète.

Les autres candidats, un seul excepté, ont reconnu l'hypertrophie de la rate, mais tous n'ont pas indiqué le rapport de causalité qui existait entre l'altération leucémique et l'affection splénique.

Beaucoup plus égal à lui-même que ses compétiteurs, sans avoir occupé tous les jours le premier rang, M. Colrat,qui s'était déjà distingué dans deux concours antérieurs, doit son succès mérité à la supériorité soutenue de ses épreuves. En applaudissant de tout cœur à cette nomination. juste récompense d'une jeunesse laborieuse, nous ne sommes que l'interprète fidèle des sentiments du corps médical des hôpitaux, chez qui le nom regretté des Colrat éveillera toujours un double et sympathique souvenir.

Liste des questions restées dans l'urne.

1er JOUR : Circonvolutions cérébrales. — Tissu conjonctif dans le système nerveux. — Éléments figurés du sang. — Capillaires sanguins. — Vaisseaux et nerfs du rein. — Muqueuse et digestion stomacales.—Des plèvres (anatomie et physiologie). — Appareil sudoral. — Sinus intra-crâniens de la dure-mère. — Bronches et vésicules pulmonaires.

2e JOUR : Compression des nerfs. — Paralysie glosso-labio-laryngée. — Apoplexie cérébrale. — Des paralysies réflexes. — Complications de la scarlatine. — De la pleurésie et de son traitement spécialement par la thoracentèse. — Diarrhée. — De la péritonite tuberculeuse. — De l'endocardite ulcéreuse. — De l'altération des globules sanguins.

3e JOUR. — De l'alcool aliment et médicament. — Des émissions sanguines dans les maladies aiguës. — Traitement de la diarrhée. — Emploi de l'électricité dans les maladies du système nerveux périphérique. — De la méthode hypodermique. — Du mercure. — Traitement du diabète sucré. — Traitement de la dyspepsie. — Des vomitifs dans les maladies du poumon. — Du lait en thérapeutique. A. Z.

CORRESPONDANCE.

A Monsieur Diday, président du Comité de rédaction du Lyon Médical.

Monsieur et cher collègue,

J'avais demandé, dans la séance du Comité de rédaction qui a précédé la publication du numéro du 1er mars, que la discussion sur le service sanitaire fût close dans le *Lyon Médical*. Un arrêté préfectoral venait de réorganiser ce service ; devant le fait accompli, toute discussion me semblait oiseuse et parfaitement inutile. Vous en avez jugé autrement et publié dans le dernier numéro un bulletin dans lequel vous émettez quelques appréciations que je ne puis laisser passer sans une formelle protestation.

Qu'il soit d'abord bien constaté que le *Lyon Médical* a publié trois articles, intentionnellement ou non, hostiles en fait aux médecins révoqués ; les habiletés de langage avec lesquelles ces choses ont été dites ne changent rien au fond de la pensée. Les intéressés n'ont pas répondu ; ils ne demandaient qu'une chose : le silence sur une affaire d'ordre administratif.

Maintenant, examinons les faits :

A la fin de 1873, parmi les rarissimes fonctionnaires nommés par le maire de Lyon qui avaient conservé leurs fonctions, on remarquait les membres de la Commission sanitaire. Ils avaient, on ne sait comment, échappé jusqu'alors à la vigilance de l'autorité — il fallait en finir —. A ce moment précis parut l'article de M. Rollet. Ce bulletin *magistral* que vous considérez comme un plaidoyer en faveur des médecins, alors en fonctions, eut un résultat certes bien imprévu, mais immédiat. La Commission en mourut. Une nouvelle commission de six membres la remplaça immédiatement ; elle fut composée de cinq des anciens médecins qui occupaient le

poste sous l'empire, et d'un sixième. qui était un des fonctionnaires nommés par la municipalité. Comment ce dernier échappa-t-il à la tourmente ?

Des médecins nommés par M. le préfet, je n'ai absolument rien à dire. Ces messieurs ont été installés régulièrement, par l'autorité compétente, en vertu de son droit légal, et j'ajoute même très-volontiers que leur honorabilité professionnelle et leur savoir sont tout à fait hors de cause. Le débat qui s'agite en ce moment se passe plus haut, en dehors de toute question de personne.

A la recherche d'explications, après avoir constaté que rien ne motivait une révocation, ni le défaut de zèle, ni le manque de compétence, vous dites, mon cher collègue, que si la Commission sentait chaque jour le terrain manquer sous ses pas, que si ses jours étaient comptés, c'est que son *origine était révolutionnaire.*

Révolutionnaire! c'est bientôt dit ; l'épithète est sonore et de circonstance. Il n'y manque que le complément naturel, institution créée par les gens du 4 septembre. Les hommes du 4 septembre n'ont cependant rien à faire ici ; la Commission a été régulièrement et légalement installée par une délibération du conseil municipal élu et par un arrêté du maire de Lyon.

Le 4 septembre, la Commission sanitaire impériale ne put remplir ses fonctions, l'hôtel de police étant envahi. Les jours suivants il en fut de même. Bientôt un officier de santé s'empara du poste. Je réclamai énergiquement ; il fut remplacé par un docteur très-honorable, mais dont la présence en ce lieu et en pareil moment était au moins singulière. Les choses en restèrent là jusqu'à l'élection du conseil municipal. J'eus l'honneur d'être élu par les électeurs du deuxième arrondissement, et je m'occupai immédiatement de réorganiser le service sanitaire. Je fis tous mes efforts pour conserver au moins une partie de l'ancienne Commission ; je soutins la demande de réinstallation adressée par les médecins dépossédés, mais je ne pus aboutir. Le temps pressait, la situation était intolérable, le conseil décida, sur ma proposition (14 octobre 1870), que la Commission sanitaire serait réorganisée et que le nombre des médecins serait de six. M. Hénon, maire de Lyon, nomma, sur ma présentation, et j'en assume la complète responsabilité, MM. Chiara, Conche, Giraud, Icard, Magnien, Viennois.

Trois des nouveaux élus, MM. Conche, Magnien, Viennois, avaient brillamment concouru pour le majorat de l'Antiquaille, et MM. Conche et Magnien avaient été portés par le jury en seconde ligne *ex æquo*. M. Icard, secrétaire général de la Société des sciences médicales depuis plusieurs années, était connu par des travaux spéciaux très-remarqués. MM. Chiara et Giraud, anciens internes des hôpitaux, jouissaient d'une réputation incontestée.

MM. Magnien et Viennois étaient alors aux ambulances de l'armée de la Loire, c'étaient les deux élèves de M. Rollet. Pour les remplacer, l'Administration municipale nomma comme suppléants M. O. Mayet, médecin des hôpitaux, et M. Rivoire. J'ajouterai que, sur les six élus, trois appartenaient au parti conservateur, et que personne ne me demanda quelles étaient leurs opinions politiques. Je donne ces détails parce qu'ils indiquent l'esprit qui présida à ces nominations.

Le maire de Lyon, M. Hénon, installa lui-même la Commission et pro-

mit d'exécuter les réformes qui lui seraient soumises. C'est ainsi que fut supprimée la visite dans les maisons, mode d'examen vicieux en tous points.

Je dois maintenant exposer un fait qui n'est pas sans importance. Le conseil municipal, ne voulant pas s'engager définitivement, déclara que ces nominations n'étaient que provisoires. Il réserva formellement les droits du concours et demanda qu'aucune nomination nouvelle ne pût se faire sans un concours préalable dont les bases seraient ultérieurement fixées. Dans sa pensée, les titulaires actuels devaient conserver leurs fonctions trois ans au plus et se soumettre au concours. Telle fut la conduite de ces révolutionnaires jaloux de toute supériorité, accapareurs de places pour eux et pour leurs amis.

Plus tard, quand la direction de la police fit retour au préfet (décembre 1871), M. Valentin confirma purement et simplement les choix antérieurs. M. Pascal vint ensuite et crut devoir réorganiser le service, non pas en éliminant les titulaires, mais en leur adjoignant des membres nouveaux. Cette Commission est celle qui a fonctionné jusqu'au 24 janvier 1874. Je n'ai pas à apprécier les choix de M. Pascal, pas plus que ceux de M. Ducros ; je me borne à la discussion des actes auxquels j'ai pris part.

Une parenthèse seulement pour montrer à quelles déconvenues s'expose parfois une administration qui réglemente hardiment des matières qui lui sont inconnues. Il arriva que M. Pascal désigna pour faire un service sanitaire important, la première fois non plus un officier de santé, mais un amateur sans diplôme, et, la seconde fois, il eut la malechance de tomber juste sur l'expulsé de la rue Luizerne. Inutile de dire que cela ne dura pas trop longtemps.

J'arrive maintenant à la proposition de neutralité que vous formulez : vous semblez croire que l'état de choses actuel peut avoir une fin, et vous allez même jusqu'à supputer le terme de son existence. Pour placer l'institution à l'abri des coups du sort, vous formulez trois propositions : la présentation par les Sociétés savantes, par une Commission spéciale, par le concours. Je suis complétement d'accord avec vous sur le point principal, l'incompétence absolue de l'autorité qui nomme les médecins sanitaires. Mais, je crois que tous nos efforts pour modifier ses dispositions seront impuissants

En supposant pour un moment le champ libre, examinons donc ce qu'il y aurait à faire.

MM. Rollet et Garin demandaient autrefois la présentation des candidats par la Société de médecine, et vous partagiez leur avis. Je respecte infiniment la Société de médecine, dont j'ai l'honneur d'être membre, mais je cherche en vain sa compétence spéciale dans la question. Plus libéral aujourd'hui, vous proposez dans votre dernier article d'adjoindre les *Sociétés de médecine*, c'est-à-dire la Société des sciences médicales. Pourquoi exclure le Conseil d'hygiène et de salubrité, l'Ecole de médecine, qui auraient bien quelques droits à être représentés. Comment fonctionnerait ce mode de nomination par des corporations distinctes et qui arriveraient peut-être difficilement à s'entendre. Dans cette voie, vous auriez pu aller jusqu'à l'Association du Rhône. Vous augmenterez le nombre des votants sans augmenter les garanties.

La formation d'une Commission élective paraît plus rationnelle, et cependant, dès le début, vous donnez la preuve de l'insuffisance de ce moyen. Vous citez des noms très-honorables, sans doute, mais vous en oubliez d'autres qui ont des titres sinon supérieurs, au moins égaux. Je ne vois pas dans votre liste, M. le docteur Bonnaric, le seul des anciens chefs de service qui ait une compétence spéciale, puisqu'il a pendant dix ans dirigé comme titulaire le service hospitalier des femmes vénériennes. Je cherche en vain le nom du chirurgien en chef de l'Antiquaille, le docteur Dron, qui a, pendant un an, été chargé du service des Chazeaux, et qui a maintes fois remplacé le titulaire actuel.

D'un autre côté, tout en reconnaissant la haute autorité des noms que vous citez, je vois parmi eux d'anciens chirurgiens de l'Antiquaille qui ont depuis longtemps quitté les hôpitaux, un médecin de l'Hôtel-Dieu qui est dans les mêmes conditions; comment ces messieurs pourront-ils juger *sans épreuves* les titres de candidats qui, pour la plupart, seront de jeunes docteurs. Dans six mois, le concours de l'Antiquaille va s'ouvrir; malgré toute votre autorité spéciale, assumeriez-vous la responsabilité de faire la nomination *sans les épreuves du concours*? Sur quels éléments s'appuyer pour rendre un verdict équitable?

Le concours est donc la seule voie juste. Mais, diront peut-être quelques hommes graves, le concours n'est pas possible; pour ce service spécial, il faut des qualités particulières, du décorum, de la tenue, etc., en un mot, toute cette série d'arguments qu'ont toujours élevé contre le concours les impuissants et les habiles.

La Commission spéciale appréciera-t-elle les qualités requises, morales et religieuses? Et cet examen de conscience s'étendra-t-il aux juges aussi bien qu'aux candidats?

Vous voyez, mon cher collègue, qu'en dehors du concours il n'y a rien de stable et de juste; malheureusement, comme je le disais tout à l'heure, c'est une pure utopie. Jamais, sachez-le bien, *jamais* le pouvoir central n'abandonnera de son gré la prérogative de nommer directement aux emplois. Le caractère non politique du journal m'interdit de vous en développer les motifs. Pourquoi, d'ailleurs, une exception en faveur des médecins sanitaires? Les médecins de l'administration, de l'octroi, des prisons, des épidémies ne sont-ils pas dans les mêmes conditions. Si vous opérez une telle réforme dans le corps médical, pourquoi ne pas exiger des architectes, des ingénieurs, des employés de la ville de Lyon le même mode de recrutement? Votre réforme ferait toute une révolution; prenez garde, cher collègue, vous être encore imbu d'un vieux reste de levain révolutionnaire.

Supposons cependant, par impossible, que l'autorité veuille consentir à pareille expérience; pour que votre proposition de neutralité fût complète, il faudrait encore une toute petite condition : c'est que MM. les membres actuels de la Commission voulussent bien donner leur démission et se placer dans les mêmes conditions que tous les membres du corps médical. Ils n'en feront rien, et ce n'est pas moi qui les en blâmerai.

Pour résumer cette trop longue lettre, je conclus :

1° Le principe de justice et le droit ne peuvent exister l'un sans l'autre;

2° Le droit acquis pour le fonctionnaire est conféré exclusivement par le

concours ou par une admission soumise à des règles fixes et à un avancement hiérarchique conforme aux règlements :

3° Les fonctionnaires nommés directement par le *fait du prince* sont dans la dépendance absolue du pouvoir qui les a nommés ; ils sont révocables par le bon plaisir. *Dura lex, sed lex.* Et comme conséquence, votre proposition de neutralité est une utopie.

A. GAILLETON.

RÉPONSE. — Permettez-moi, cher collègue, une courte réplique sur la forme et le fond de votre critique.

« Vous aviez demandé, dites-vous, au Comité de rédaction que la discussion sur le service sanitaire fût close dans le *Lyon Médical* » et vous ajoutez, en m'adressant, à moi, la parole : « Vous en avez jugé autrement et publié un bulletin....... »

Vous aviez, mon cher collègue, demandé au Comité de rédaction ce que vous jugiez bon de lui demander. Mais ce n'est point moi, c'est lui qui *en a jugé autrement.* C'est le Comité qui a décidé qu'un *Bulletin* sur ce sujet serait publié, et qui m'en a confié la rédaction après en avoir arrêté les bases dans une discussion prolongée durant trois séances auxquelles il n'aurait tenu qu'à vous de venir prendre part.

En défendant aujourd'hui les inspecteurs qu'on a révoqués tout récemment, vous plaidez une cause à laquelle je sympathise on ne peut plus vivement ; et je m'en serais chargé moi-même avec empressement si ma sympathie envers les nouveaux dépossédés n'avait pas pour limite naturelle ma sympathie envers les anciens ; car, il faut bien le répéter, forts des mêmes services rendus, emportés les uns et les autres par un orage de même nature, quoique soufflant de deux points opposés, ils ont des droits égaux à notre estime ainsi qu'à nos regrets ; et, dans l'impossibilité d'établir entre eux une préférence qui se fonde sur quelque motif de justice, l'idée vient, naturellement, de chercher dans un mode plus équitable de nomination, le moyen de satisfaire ce qu'il y a de légitime dans la réclamation des uns et des autres, c'est-à-dire de tenir compte de leurs titres réels.

C'est ce qu'avait bien compris M. Rollet, c'est ce qu'il a eu le mérite de redire à propos. Et quand je l'entends accuser plus ou moins directement, mais très-clairement, d'avoir voulu par là provoquer la chute de la précédente Commission, je ne saurais protester trop haut contre une telle insinuation ; et, pour l'en laver, je n'ai besoin que de citer une phrase de l'article écrit par lui, *ab irato*, le lendemain même de l'arrêté préfectoral du 21 janvier 1874, article que notre cher collègue me remit, à moi, président du Comité de rédaction, pour être publié et qui commençait par ces mots : « Ce que nous avions prévu, et ce que nous avions voulu éviter, est arrivé ; le dispensaire de salubrité vient de subir un nouveau remaniement... »

Ce n'est pas tout, mon cher collègue : vous me faites l'honneur de m'associer à M. Rollet, et m'accusez, à mon tour, d'avoir dit que « si la Commission révoquée sentait le terrain manquer sous ses pieds, c'est que son origine était *révolutionnaire* ». Ce que j'ai dit en réalité, c'est que « malgré le zèle de ses membres, malgré l'absence de tout sujet de plainte contre

eux » *on* lui reprocha son origine révolutionnaire. *On*, s'il vous plait, et non point *moi*. Veuillez bien ne pas me classer parmi les inconséquents ou intolérants qui professent de telles doctrines, et souffrez que je saisisse l'occasion de les désavouer formellement.

Dans votre historique, plus détaillé mais non plus fidèle que le mien, figure cette remarque que j'avais déjà cru devoir énoncer, à votre décharge : c'est que vous n'êtes point responsable du maintien de la révocation des anciens titulaires puisque, comme vous le dites après moi, vous n'eûtes pas alors le pouvoir de réinstaller, pas même en partie, l'ancienne Commission.

Je n'avais pas cité un seul nom des titulaires nommés en 1870 : vous les citez tous, vous, et en attachant à chacun d'eux une appréciation élogieuse dont je ne nie point la justesse, mais dont vous me permettrez de contester l'opportunité dans une discussion de principes.

Arrivons aux principes, en effet. Ainsi que moi, cher collègue, comme mode de nomination à ces fonctions, vous voulez, avant tout, le concours. Sur ce point, nos vœux, nos convictions, nos efforts, sont identiques ; et je ne vous ferai qu'un seul petit reproche, c'est que, aimant, préconisant le concours et ayant pu, en 1870, le mettre immédiatement en pratique, vous en ayez repoussé l'application à trois ans plus tard, pour des motifs que je regrette de n'avoir pas trouvés dans votre exposé. Voyons, mon cher Gailleton, une autre fois soyez moins modeste, et si vous recouvrez un jour le pouvoir — Eh ! mon Dieu ! qui sait ? — de grâce, n'ajournez ni à trois, ni à deux, ni même à une année la réalisation de nos communes espérances.

Mais, en attendant la mise au concours de ces places, je crois, avec MM. Garin et Rollet (1), que la nomination en pourrait être utilement confiée aux Sociétés de médecine. Ici, mon cher collègue, vous usez d'un petit stratagème que je dois éventer. « Aux Sociétés de médecine ! me dites-vous. Et pourquoi pas aussi au Conseil de salubrité, à l'Ecole ainsi qu'à l'Association des médecins du Rhône ? » Enumération qui vous conduit logiquement à me faire observer que « j'augmenterais ainsi le nombre des votants, sans augmenter les garanties. » Eh bien ! non, cher collègue, nous n'étendons pas ainsi le nombre des votants, M. Garin, M. Rollet et moi, parce que nous voulons quelque chose de praticable, et c'est pour cela que nous nous en tenons aux Sociétés de médecine, qui, lorsque vous nous faites le trop rare plaisir d'y paraître, mon cher collègue, contiennent assurément, en fait de spécialistes, les noms lyonnais les plus dignes de faire autorité.

« Quelque chose de praticable ?... mais votre système est une pure utopie, » me dites-vous, cher collègue. Jamais le pouvoir ne se dessaisira de sa prérogative de nommer à ces places. Jamais, d'ailleurs, ajoutez-vous, MM. les membres de la Commission actuelle ne donneront leur démission ; et ce n'est pas moi qui les en blâmerai. »

---

(1) J'ai dit aux Sociétés de médecine, et non à *une Commision élective*, comme me l'attribue, par erreur, M. Gailleton. La Commision de six membres que, dans mon bulletin du 15 mars, j'avais supposé constituée par six des plus anciens syphiligraphes lyonnais n'était point, dans ma pensée, une Commission destinée à élire les médecins inspecteurs, mais bien la Commission même des médecins inspecteurs.



Si ce n'est vous, mon cher collègue, peut-être s'en trouvera-t-il quelque autre. Déjà mon article — et je m'honore d'avoir attaché le grelot — m'a valu d'assez chauds encouragements. Je compte, quant à moi, sur la force du droit, sur l'intelligence qu'ils ont des difficultés de la situation, sur l'espoir que la conscience de leur mérite doit leur donner de triompher devant un jury dont ils ne sauraient contester la compétence, j'y compte pour les décider à un sacrifice qui, à l'égard des vraiment dignes, ne serait évidemment que temporaire. En cas pareil, je le déclare ici, je n'hésiterais pas un instant; et si, par exemple, un jour, les deux Sociétés de médecine trouvant avantage à se fusionner, il fallait que ma démission de secrétaire général précédât la formation du nouveau bureau, je la donnerais immédiatement. Peut-être, cher collègue, allez-vous me trouver bien naïf d'établir entre ces deux places une assimilation quelconque. Et, en effet, tout le monde en conviendra, et je l'avoue moi-même, elles ne sont guère comparables.

Quant à l'autorité, eh ! mon cher collègue, un jour ne vient-il pas, tôt ou tard, — qui le sait mieux que vous ? — où elle est forcée de compter avec l'opinion? Laissons-la donc agir, et renfermons-nous, vous et moi, dans notre rôle d'éclaireurs. La raison est toujours sûre du lendemain : est-il beaucoup de pouvoirs ici-bas qui puissent en dire autant?

P. Diday.

Cette réponse était écrite quand nous avons reçu de M. Rollet les lignes suivantes :

Je n'ai qu'un mot à répondre à ce qui me concerne, dans l'article de M. Gailleton qui semble me rendre responsable de la révocation dont ont été frappés les membres de l'ancien Comité sanitaire. Je repousse de toutes mes forces cette insinuation, et je mets mon collègue au défi de la justifier par une preuve ou une vraisemblance quelconque. C'est, au contraire, à prévenir ces révocations successives, aussi préjudiciables au bien du service que nuisibles à la bonne confraternité médicale, que je m'étais tout particulièrement appliqué en réclamant avec instance la mise en pratique du mode de nomination délibéré et voté par la Société de médecine.

Et c'est quand l'Administration revient aux anciens errements, c'est quand elle fait tout le contraire de ce que j'ai demandé qu'on voudrait faire croire que j'ai demandé ce qu'elle a fait ?.. Ce n'est, je le répète, ni vrai ni vraisemblable. Comme président du Comité de rédaction du *Lyon Médical*, j'ai été sans doute en pleine possession de ma liberté d'écrivain, mais j'ai la conscience d'en avoir usé si modérément que rien ne saurait m'atteindre, pas même l'application de la doctrine (jusqu'à ce jour étrangère à l'Antiquaille) de la complicité morale.

J. Rollet.

NOUVELLES LOCALES ET DIVERSES

Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur P. Colrat.

Huit médecins ont pris part à cette lutte, l'une des plus brillantes qui aient eu lieu depuis longtemps.

— Dans le dernier BULLETIN du *Lyon Médical*, consacré à examiner l'organisation du *Bureau des mœurs*, à Lyon, M. Diday a été amené par les développements de son sujet à *supposer* une liste modèle d'inspecteurs sanitaires. Comme il lui a été rapporté que quelques-uns de ses confrères s'étonnaient de n'avoir pas eu place sur cette liste, M. Diday tient à ce qu'ils ne se méprennent pas sur les vrais motifs de son silence à leur égard.

Puisqu'il supposait des inspecteurs nommés à la place de ceux qui fonctionnent, il a dû n'en mettre que *six*, nombre égal à celui des titulaires actuels ; et, d'autre part, limité à ce chiffre de six, naturellement il a dû choisir, pour le composer, *les plus âgés* de ceux que recommandent leur position ou leurs services. — Mais cette limitation et ce choix, imposés, on le voit, par le point de vue auquel M. Diday s'était placé, n'impliquent nullement, chez lui, la pensée de classer à un rang inférieur, encore moins d'apprécier défavorablement ceux qu'il n'a pu faire figurer sur sa liste.

— Le 24 mars a eu lieu, devant un très-nombreux et très-sympathique auditoire, la séance publique annuelle de la Société protectrice de l'enfance de Lyon. Un discours chaudement et persuasivement écrit du digne, de l'infiniment digne président, M. Rodet, a ouvert la séance.— Puis, le secrétaire général, M. Fonteret, a fait connaître les progrès, les services, les ressources et les besoins de la Société, dans un compte-rendu réunissant toutes les qualités du genre, mais un peu trop laconique, ce nous semble ; aimable défaut, diront quelques-uns, mais défaut que nous tenons à relever. — M. Rieux, à son tour, a lu le rapport sur les prix et exposé les motifs du choix fait par la Commission. A ce sujet, qu'une remarque nous soit permise. On recherche, on demande avec anxiété pourquoi la France se dépeuple ?... Eh ! mon Dieu, simplement parce que nous sommes Français, parce que nous délibérons, choisissons, organisons avec le caractère des races latines. Dans l'un des mémoires soumis au jugement de la Société, nous avons entendu proposer un moyen efficace de diminuer la mortalité des nourrissons. Eh bien ! le rapporteur ne désapprouve pas ce moyen, ne le trouve point du tout inexécutable, mais il met néanmoins l'auteur hors de concours... parce qu'il *n'a pas traité tous les côtés de la question*. Ceci n'incrimine en rien M. Rieux, qui n'était pas rapporteur, et dont la lecture éminemment attachante, dont le style élevé et pathétique ont plusieurs fois soulevé de justes applaudissements. — Dirons-nous que le trésorier a trouvé moyen d'attendrir, d'émouvoir jusqu'aux larmes son auditoire?.. Oui, et les choses n'en resteront pas là, et sa caisse va se remplir, nous l'espérons bien ; car, lui aussi, a trouvé, a indiqué pour cela des moyens pratiques qu'aucune mère, aucune femme, aucun *fumeur* même, s'il plaît à Dieu ! ne trouveront inapplicables. Honneur à M. J. Kupenheim ! Il a parlé en homme de cœur, et la belle cause si bien défendue par lui est gagnée d'avance. — La séance s'est terminée par le défilé de *quarante-deux* nourrices venues pour recevoir les prix (délivrés aux plus méritantes, sur le simple mais très-écouté rapport de M. Devilkonski), qu'accordent le Conseil général du

Rhône et la Société. Parmi elles figurait, c'est la véritable héroïne de la fête, une brave femme qui a nourri et élevé *trente-six* enfants.

— Dans sa séance du 9 mars 1874, la Société de pharmacie de Lyon a mis au concours, pour le prix des sciences, les questions suivantes : 1° *Du brome et de ses combinaisons* ; 2° *De la distillation.*

Les demandes pour les prix de stage, ainsi que les mémoires scientifiques, devront être adressés, avant le 1er novembre 1874, terme de rigueur, à M. Rieaux, président de la Société, rue Saint-Jean, Lyon, ou à M. Patel, secrétaire général, rue du Mail, 10, Lyon.

La Société rappelle à MM. les pharmaciens et élèves que la Commission pour les examens pratiques est toujours en fonctions. Les demandes doivent être adressées comme ci-dessus, au président ou au secrétaire de la Société, accompagnées de la preuve officielle de deux années de stage accomplis.

— La Commission municipale a voté, dans l'une de ses dernières séances, une somme de 2,000 fr. pour le laboratoire de l'Ecole actuelle de médecine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bergeron, médecin du chemin de fer de Paris-Lyon-Méditerranée, et de M. A.-N. Leriche, qui avait longtemps exercé avec un zèle louable la médecine à Lyon, et qui, depuis plusieurs années, était allé se fixer à Paris.

— Au nombre des thèses récompensées par la Faculté de médecine de Paris pour l'année 1872-1873, nous avons remarqué les thèses de deux anciens internes des hôpitaux de Lyon, MM. les docteurs Adrien Charpy et Ernest Morat.

— Nous sommes priés de rectifier l'annonce sur le concours pour le majorat de l'Antiquaille, en ce qui concerne l'entrée en fonctions et la durée du service du futur chirurgien major :

« Le chirurgien major est nommé pour six ans. Il entrera en fonctions, comme chirurgien aide major, le 1er janvier 1876 ; comme chirurgien major, le 1er janvier 1882, et comme chirurgien des Chazeaux, le 1er janvier 1888. Jusqu'au 1er janvier 1876, il pourra être appelé, par l'Administration, à titre de suppléant, à faire un service temporaire à l'Antiquaille. Les traitements du chirurgien major et du chirurgien des Chazeaux sont de deux mille francs ; celui du chirurgien aide major est de quinze cents francs.

— M. le docteur Gosselin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, vient d'être élu membre de l'Académie des sciences par 38 voix contre 19 obtenues par M. Marey et 1 par M. Vulpian.

Au premier tour de scrutin, les voix s'étaient ainsi divisées : MM. Gosselin, 25 ; Marey, 18 ; Vulpian, 13 ; Broca, 3 ; Piorry, 1.

— L'Académie de médecine de Paris, sur la proposition de la Commission de l'hygiène de l'enfance, et vu l'approbation de M. le ministre de l'intérieur, a accordé : 1° une médaille d'or de 500 fr. à M. le docteur Monot, médecin à Montsauche (Nièvre) pour le très-important travail manuscrit qu'il a envoyé à la Commission ; 2° une récompense de 300 fr. à M. le docteur Brochard, de Lyon, pour ses nombreuses publications sur l'hygiène de l'enfance.

— M. le docteur Niepce, inspecteur des eaux d'Allevard, a obtenu de l'Académie de médecine une nouvelle médaille d'argent, pour son mémoire intitulé : *Du traitement des maladies chroniques des voies respiratoires par l'inhalation des gaz sulfhydrique, azote et acide carbonique.*

— Le dimanche 8 mars, succombait à Paris, dans sa trentième année, le docteur Antoine Muron, chevalier de la Légion d'honneur, préparateur du cours de physiologie à la Faculté de médecine. Son maître. M. Béclard, a dit, à Paris, ce que l'on perdait en lui. Au nom de ses amis lyonnais, M. Viennois lui a adressé, à Roanne, son pays natal et son tombeau, un dernier et sympathique adieu. La *Gazette médicale* de Paris, dont il était un des principaux rédacteurs, lui consacre une notice complète et émue. Le *Lyon Médical* ne peut que citer brièvement les traits qui rappelleront aux Lyonnais cette existence si courte et si active commencée au milieu d'eux, cette obligeance qui, sur de simples recommandations, allait pour eux jusqu'au dévoûment, ce dévoûment pour ses amis qui était de l'abnégation.

Activité fiévreuse, dévoûment empressé, ces deux qualités dominantes étaient servies chez Muron par une intelligence sérieuse, à tendances pratiques et positives. Aussi, les études déjà nombreuses qu'il avait présentées à la Société de biologie portent toutes ce caractère. Nous ne citons que les principales :

Sur l'ébranlement des tissus par les projectiles de guerre — Pathogénie de l'infiltration d'urine. — Des propriétés phlogogènes de l'urine acide normale... de l'urée. — De la trachéotomie par le cautère actuel. — Recherches expérimentales sur le mécanisme de la mort par l'introduction de l'air dans les veines.

« La renommée, dit M. Viennois, allait s'emparer de son nom au moment où la plus foudroyante des morts est venue nous le ravir.

« De retour, depuis peu, d'un voyage en Angleterre, il rapportait une riche moisson de notes et de souvenirs, et songeait à mettre en œuvre des matériaux depuis longtemps amassés. »

Lorsqu'on voit rompre brutalement par la mort une existence laborieuse qui « pendant cinq années d'internat, au milieu de ce Paris si séduisant, ne connaît aucun plaisir, aucune distraction, et tout entière à ses études favorites, n'attend que du travail une position qu'elle avait le droit d'espérer brillante et prochaine ; » on hésite à publier d'aussi lamentables exemples de peur de jeter le découragement dans le cœur de ceux qui les suivent déjà. Mais on se rassure bien vite en songeant aux saines jouissances que Muron a trouvées dans le travail et le devoir accompli, en jugeant de l'estime qu'on accordait au vivant et qu'on savait lui témoigner, par la profondeur des regrets qui ont accueilli cette mort. A. F.

— On demande un médecin à Thurins (Rhône) où il y en a toujours eu un et où, dans ce moment, il n'y a pas même une accoucheuse. Cette commune forme, avec celles d'Izeron, Soucieux, Messimy, Rontalon, pour ne citer que les plus rapprochées, une agglomération de près de cinq mille âmes.

S'adresser, pour plus amples renseignements, au bureau du journal.

MÉTÉOROLOGIE. — MALADIES RÉGNANTES. — DÉCÈS.

MARS.	THERMOMÈTRE. Minim.	THERMOMÈTRE. Maxim.	BAROMÈTRE 9 h. matin	HYGROMÈTRE.	PLUVIOMÈTRE. mm	ÉVAPORATION.	VENTS.	ÉTAT DU CIEL.	OZONE.	DÉCÈS.
9	+ 1.5	+ 12.0	743	0.66	»	3.0	S.E.	Beau.	0	19
10	+ 1.3	+ 10 2	739	0.63	1.5	2.6	N.O.	Couv.	5	24
11	— 1.2	+ 7.2	741	0.78	0.1	1.4	N.	—	16	21
12	— 2.8	+ 2.3	750	1.00	0.1	—	N.O.	—	13	21
13	— 2.0	+ 1.9	749	1.00	5.8	—	N.	—	2	34
14	— 2.7	+ 4.8	758	0.88	»	—	N.E.	Beau.	14	30
15	— 0.4	+ 7.0	756	0.85	»	1.9	S.E.	Couv.	0	25
16	+ 1.3	+ 7.3	754	0.90	2.7	0.3	N.O.	Couv.	0	23
17	+ 5.6	+ 9.1	756	0.72	»	0.8	N.	—	0	22
18	+ 2.7	+ 13.2	751	0.85	»	1.7	N.E.	Brouillard	0	27
19	+ 4.0	+ 16 8	746	0.77	»	2.6	N.O.	Beau.	0	31
20	+ 6.2	+ 14.9	746	0.88	3.8	1.6	S.E.	Couv.	0	24
21	+ 5.0	+ 13.1	751	0.60	»	1.8	N.O.	Beau.	0	20
22	+ 2.2	+ 12.2	753	0.74	»	4.0	N.E.	—	0	25

La constitution médicale actuellé persiste avec un caractère catarrhal très-accusé. Les organes thoraciques font toujours les frais des principales localisations.

Toujours beaucoup de pneumonies; leur gravité semble aussi avoir augmenté. Les fièvres catarrhales sont encore très-nombreuses. Quelques pleurésies.

Les rhumatismes articulaires aigus augmentent de fréquence. On nous signale aussi des rhumatismes musculaires en assez grand nombre.

On cite des divers côtés une fréquence inaccoutumée des *herpès labialis* avec fièvre.

Beaucoup de rougeoles et encore quelques varicelles et quelques scarlatines. Pas de varioles. Les fièvres typhoïdes n'ont pas complètement disparu.

Le bulletin des causes de décès pour Lyon, du 9 mars au 22 mars 1874 (deux semaines), donne les résultats suivants :

Variole, 0; — Scarlatine, 0; — Rougeole, 2; — Fièvres continues, 10 (typhoïde, 8; muqueuse, 0; catarrhale, 2); — Érysipèle, 1; — Bronchite aiguë, 15; — Pneumonie. 39; — Pleurésie, 1; Dyssenterie, 1; Diarrhée, 8; — Cholérine, 0; — Choléra, 0; — Angine couenneuse, 0; Croup, 1; — Affections puerpérales, 4; — Affections cérébrales, 48; — Maladies du cœur, 18; — Phthisie, 69; — Catarrhe pulmonaire, 40; — Autres maladies aiguës, 27; — Autres maladies chroniques, 41; — Affections chirurgicales, 20; — Causes accidentelles, 1; — Total : 346 — Mort-nés, 27.

Le président du Comité de rédaction,
P. DIDAY.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon. — Imp. Aimé Vingtrinier.

NOUVELLE EXTENSION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A DOMICILE, A LYON.

Un événement important, un événement heureux pour l'une des causes qui nous intéressent le plus, nous médecins, est en voie de réalisation ; et nous ne voulons être des derniers ni à l'annoncer, ni à en examiner les conséquences. L'*assistance publique à domicile* va prendre une nouvelle extension, grâce à la réunion projetée des deux institutions qui, jusqu'à présent, s'en partageaient le service à Lyon, je veux parler du *Dispensaire général* et du *Bureau de bienfaisance*.

Le Bureau de bienfaisance est probablement peu connu de nos lecteurs ; et nous-mêmes, jusqu'à ce jour, nous ne nous faisions point une idée bien nette du mécanisme de son fonctionnement.

Il ne faut jamais médire de quiconque fait le bien, qu'il le fasse *peu ou prou* ; mais véritablement on peut à bon droit au moins s'étonner des errements sur lesquels repose une pareille institution, qui compte pourtant dans son sein des administrateurs recommandables et un médecin de noble caractère et de grand mérite. D'après ses statuts, le Bureau de bienfaisance n'assure aux malades pauvres les soins médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence *de trois visites*. « Si la maladie persiste au delà, le malade doit s'adresser ailleurs, soit à l'hôpital, soit à la charité privée. » De là une sorte d'abandon du malheureux, abandon qui, quoique réglementaire et annoncé dès le début, n'en a pas moins quelque chose d'inhumain en apparence ; qui, en réalité, impose au malade indigent de pénibles démarches au moment où il est devenu hors d'état de s'y livrer ; qui enfin, dans tous les cas, met une scission, un défaut d'accord entre la direction médicale du commencement de la maladie et celle de la suite, scission dont les inconvénients, dont les dangers possibles n'ont pas besoin d'être démontrés dans un journal de médecine.

Sous l'impulsion charitable qui préside à cette œuvre, plus d'une infraction à cette réglementation étroite a dû sans doute avoir lieu ; et il était aisé de prévoir que, à la première occasion, cette infraction se généraliserait, que l'exception déborderait la règle. Un rapport très-instructif de M. le docteur Gérard nous

apprend que, en effet, lors de la dernière guerre et des nouveaux besoins, peut-être des exigences nouvelles qu'elle fit éclater au sein de notre population, le règlement dut céder : on se laissa entraîner à faire des traitements complets. Puis, le calme rétabli, l'habitude était prise ; et, chose rare en France, quoique celle-ci fût bonne, on la continua, du moins en grande partie. Aussi les frais annuels en secours médicaux et pharmaceutiques se sont-ils élevés de plus d'un tiers au-dessus du chiffre ordinaire ; et c'est cette augmentation de dépenses, impossible à soutenir avec le budget dont l'Œuvre dispose, qui a conduit ses administrateurs à s'aboucher, en vue d'une fusion, avec l'Administration du Dispensaire général.

Mais cette fusion ne peut être qu'une absorption, — les auteurs de la proposition eux-mêmes ne l'ont pas entendu autrement, — qu'une absorption des Bureaux de bienfaisance par le Dispensaire, car le programme de cette dernière institution est beaucoup plus en rapport, est seul en rapport avec les conditions les plus élémentaires de l'assistance publique. Le Dispensaire n'abandonne jamais les malades confiés à ses soins ; il n'excepte de ses secours ni les accouchements ni même les grandes opérations chirurgicales ; il suit le malheureux qu'il a adopté jusqu'à son rétablissement et même jusque dans sa convalescence, qu'il abrége et assure au besoin, soit par l'octroi de bons de viande (1), soit par la délivrance gratuite de bandages, d'appareils orthopédiques ou prothétiques, etc.

La proposition faite par l'Administration du Bureau de bienfaisance à celle du Dispensaire ne pouvait qu'être prise par cette dernière en très-sérieuse considération. Elle a néanmoins été l'objet d'un examen complet, détaillé, portant principalement sur les voies et moyens d'exécution, examen dont le résultat est exposé par M. Verne de Bachelard dans un rapport, heureux alliage et parfait modèle de prévoyance et de charité, dont nous ne saurions mieux louer le caractère qu'en en transcrivant la dernière partie. Après avoir fait pressentir les dépenses de toute sorte qu'imposera au Dispensaire l'adjonction proposée, le rapporteur conclut ainsi :

(1) Fondation éminemment utile due à la générosité éclairée du docteur Rater, dont les héritiers ont fait plus, beaucoup plus qu'accomplir les charitables intentions.

« Faire tous ces sacrifices, avancer tous ces frais, serait, Messieurs, une œuvre insensée, de nature à engager sérieusement notre responsabilité, si nous n'avions la certitude de les recouvrer par amortissement.

« Pour obtenir cette certitude, votre Commission a pensé qu'il était indispensable de lier la ville par un traité qui nous assurerait les *cartes* (1) au nombre et dans la proportion fixés ci-dessus pendant une durée de quinze années au moins, et de nous garantir de tous risques au moyen d'une clause pénale, fixant d'avance une juste indemnité, au cas où la ville (2) viendrait à rompre ses engagements avant l'expiration du traité.

« On nous accusera peut-être d'être trop rigoureux : mais il faut se souvenir que nous traitons avec l'argent des pauvres, que nous ne sommes que les exécuteurs des intentions des bienfaiteurs qui nous ont devancés, et que, dès lors, nous devons nous montrer plus exigeants que s'il s'agissait de nos propres deniers.

« Si ces conclusions étaient adoptées, Messieurs, tout malade, porteur d'une de nos cartes, serait certain d'avoir des soins continuels et assidus pendant toute la durée de sa maladie ; les remèdes ordonnés lui seraient fournis par une pharmacie surveillée, exempte de toute idée de spéculation, et par conséquent à l'abri de tout soupçon de fraude ; en cas de danger, il verrait son médecin soutenu et éclairé par les maîtres de l'école lyonnaise, qui nous font l'honneur d'être nos collègues ; il serait suivi jusque dans sa convalescence ; il participerait, dans la limite de nos moyens, à la distribution des bons de viande. Enfin, il aurait le bonheur, tout particulier, d'être assisté et soigné chez lui, au milieu des siens, par les siens, à l'abri des influences morbides qu'engendrent fatalement les agglomérations ; en un mot, il éprouverait tous les bienfaits de l'assistance à domicile, que développait, il y a quelques années, avec toute l'autorité que donnent

(1) Le mécanisme administratif et financier du Dispensaire général consiste à délivrer aux personnes qui consentent à devenir ses souscripteurs, moyennant trente francs par an, une *carte*. Le souscripteur qui veut faire soigner un malade, n'a qu'à lui remettre cette carte, sur la simple présentation de laquelle celui-ci reçoit les secours médicaux et pharmaceutiques du Dispensaire.

(2) « La ville, dit le rapport, est le véritable bailleur de fonds du Bureau de bienfaisance. »

l'expérience, le talent et les sentiments d'un cœur élevé, l'un des hommes éminents qui dirigent notre comité médical. »

Ces conclusions ont été adoptées par l'Administration du Dispensaire général, dans sa séance du 13 février 1874. — D'autre part, l'Administration du bureau de bienfaisance, qui fut immédiatement informée des conditions auxquelles on consentait à accepter sa demande, a donné son approbation à ces conditions, après en avoir confié l'examen à une commission dont M. le docteur Gérard s'est rendu le sympathique interprète. — Enfin, l'autorité préfectorale, tout en reconnaissant les avantages d'une organisation des secours médicaux sur les bases indiquées, a dû exiger, sinon un supplément d'enquête, du moins la production de certaines pièces nécessaires pour obtenir l'approbation officielle. L'affaire en est donc là, et avec les bonnes dispositions bien connues du préfet, comme d'ailleurs il est fort peu à craindre qu'elle rencontre des difficultés sérieuses devant notre Commission municipale, on peut la regarder comme aussi près que possible d'une solution favorable, et commencer dès à présent à en examiner les conséquences.

C'est sur ce point, par conséquent, que nous appelons instamment non-seulement les réflexions, mais aussi le concours de nos lecteurs pour résoudre les nombreux et essentiels problèmes que va découvrir chaque pas fait dans la voie où l'on s'engage; car l'organisation de l'Assistance publique dans une ville comme Lyon est une entreprise dont nous devons, nous médecins, nous sentir, dont nous nous sentons tous jusqu'à un certain point responsables. Certes, nous nous en réjouissons surtout pour les pauvres malades, aux yeux desquels, dès à présent, luit l'espoir de n'être plus que, en cas d'absolue nécessité, arrachés à leur foyer, à leur ménage, pour aller dans un autre milieu dont le parfait agencement ne neutralise jamais complétement les propriétés délétères. Nous nous en félicitons aussi dans l'intérêt de la morale publique, qui a tout à gagner dans les liens nouveaux que le malheur ainsi soulagé créera désormais entre les membres d'une famille, entre les habitants d'une maison, d'un quartier. A la lumière d'un autre sentiment que personne sans doute ne taxera d'égoïsme, nous ne voyons pas avec moins de bonheur l'assistance échapper aux mains d'une administration où la médecine n'a jamais que voix consultative — quand on veut bien la lui accorder — pour passer à une autre administration où, depuis

son origine, les médecins, admis en nombre suffisant pour représenter dignement la science, et traités sur le pied de la plus honorable égalité, ont prouvé par leurs services qu'il y a peut-être, même pour un négociant ou un banquier, quelque chose à apprendre d'eux quand il s'agit du traitement des malades.

Mais d'autres questions appellent une discussion plus approfondie, et nous n'avons nul motif d'y faillir, car le texte même de M. Verne de Bachelard nous y convie. En effet, le judicieux rapporteur, parlant de la fusion en instance, dit « qu'elle a semblé de nature à donner une grande impulsion à cette idée, qui est le but de l'œuvre du Dispensaire genéral : *l'assistance des malades pauvres à domicile.* »

Mais puisque le Dispensaire se propose ce but, croit-il que le meilleur moyen de l'atteindre soit le système actuel des cartes? C'est ce qu'il y a lieu d'examiner mûrement et sans parti pris.

Assurément, chacun de nous se sent plus disposé à devenir souscripteur d'une œuvre de bienfaisance, si on lui offre la perspective d'être lui-même le distributeur du bienfait; c'est là une des faiblesses de la nature humaine: c'est à ce penchant que cédaient les anciens fondateurs de *lits* dans les hospices, lits dont ils se réservaient formellement de désigner les occupants. Mais l'expérience n'a pas tardé à montrer l'inconvénient grave de ce mode d'assistance. Le souscripteur dispose du secours!... C'est bien, c'est son droit; mais ce droit lui confère-t-il donc l'aptitude à reconnaître si le malheureux qui implore sa pitié est réellement malade et s'il est plus malade que tel ou tel autre postulant? Et, lacune non moins digne d'attention, n'est-il pas supposable que, au moment où il en aura besoin pour venir à son aide, le pauvre malade éprouvera quelque difficulté à découvrir l'adresse d'un souscripteur de cartes et d'un souscripteur dont la carte soit alors libre? Or, ceci n'est pas une hypothèse ni même une exception; car le monde des souscripteurs et le monde des indigents sont, de leur nature, séparés par un tel abîme qu'ils doivent, lors même que la nécessité les pousse l'un vers l'autre, avoir quelque peine à se rencontrer.—Enfin, n'est-il pas à craindre que l'importunité, la fausse misère quémandeuse, la demi-impotence, qui n'est point la maladie, n'obtiennent par des sollicitations directes ou apostillées, le secours qu'un véritable malade n'aura ni le temps ni le moyen de se procurer par la même voie? En fait, dans l'état

actuel, d'après le rapport de nos confrères attachés à l'Œuvre en qualité de médecins, la majorité des clients du Dispensaire représente plutôt des infirmes que des malades. Vieux catarrheux, vieux rhumatisants à demi-valides, absorbent une bonne part des ressources mises à la disposition des souscripteurs ; et ces misères-là, respectables sans nul doute, mais bien moins dignes d'intérêt qu'une affection aiguë, lassent le zèle des médecins, autant qu'elles épuisent l'épargne amassée par la charité privée.

La fusion projetée permettrait d'apporter un remède à ces défectuosités évidentes ; car justement la combinaison par laquelle on demande au Bureau de bienfaisance d'indemniser le Dispensaire consiste à ce que le premier *prenne un certain nombre de cartes*, jouant ainsi le rôle d'un souscripteur ordinaire. Or, ces cartes disponibles, au nombre de 1,166, seraient, remarquons-le, des cartes *impersonnelles*, des cartes, par conséquent, exemptes de la servitude plus ou moins onéreuse que l'Œuvre est toujours exposée à subir de la part du souscripteur qui a payé la sienne à prix d'argent.

Eh bien! ce stock de cartes destinées à rester disponibles, que se propose-t-on d'en faire?... Car c'est là le nœud de la question. Le rapport le dit assez brièvement : « Les cartes pourraient être divisées par quartiers, déposées entre les mains de souscripteurs ou de personnes désignées ; c'est chez eux que le malade viendrait les prendre..... » Evidemment, cette indication vague, incidemment énoncée au cours d'un rapport qui visait un tout autre objet, n'est pas le dernier mot du Conseil d'administration. Il aura bientôt à se préoccuper sérieusement de la question, et nous ne doutons pas qu'il ne cherche à lui donner une solution plus en harmonie avec ses vues libérales et éclairées, plus conforme aux intérêts de la classe pauvre et souffrante.

Pour nous, voici, sauf meilleurs avis, le parti que nous conseillerions :

Les cartes disponibles seraient réparties entre les mairies de Lyon, en nombre proportionnel au chiffre d'indigents inscrits dans chaque arrondissement. Et le ou les médecins du Dispensaire, attachés à cette circonscription, se tiendraient deux fois par jour, durant une heure, dans une salle de la mairie, pour recevoir les malades, choisir parmi eux ceux qui sembleraient offrir l'affection la plus grave, le cas plus urgent et leur délivrer la *carte* donnant droit immédiat à l'obtention des secours.

Beaucoup d'autres points, nous l'avons dit, restent encore à discuter, mais il en est qui peuvent sans inconvénient, d'autres qui doivent avec avantage être ajournés. Nous nous tiendrons au courant des événements, et, dans l'intérêt de tous, nous ne les laisserons pas s'accomplir sans mettre l'opinion à même de peser de son poids légitime dans la balance où s'équilibrent au mieux les besoins et les ressources, les droits de la charité et les prescriptions de la science.

P. Diday.

ÉTAT DE LA VARIOLE ET DE LA VACCINE DANS LE DÉPARTEMENT DU RHÔNE PENDANT L'ANNÉE 1873 (1).

A la suite de l'épidémie qui a si cruellement éprouvé notre région en 1870 et 1871, la Commission de vaccine signalait déjà l'année dernière une très-notable diminution du chiffre habituel des varioles dans notre département : cette diminution s'est prononcée de plus en plus pendant l'année qui vient de s'écouler, aussi bien dans notre ville que dans les autres communes du Rhône.

Dans les hôpitaux, les services des varioleux sont restés fermés faute de malades. — Chose inouïe ! depuis le mois de janvier dernier, aucune variole n'a été admise à l'Hôtel-Dieu, et c'est à peine si, à la Charité, l'on a observé chez les enfants sept ou huit varioloïdes, si légères et si discrètes que le diagnostic a pu hésiter entre cette affection et la varicelle.

Dans le reste du département, même rareté de la variole ; tous les vaccinateurs sont unanimes sur ce point ; beaucoup d'entre eux n'en ont même observé aucun cas dans leur circonscription.

Pour la Commission de vaccine, les causes de cette immunité sont multiples. D'abord, l'épidémie, en frappant et en moissonnant les sujets les plus prédisposés, a fait disparaître le terrain le plus propice à la maladie, et, de cette manière, a mis obstacle à sa diffusion, au moins pour un certain temps. En second lieu, le

(1) Rapport présenté à la Société de médecine et lu en séance publique par le docteur Perroud, au nom de la Commission permanente de vaccine du département du Rhône, composée de MM. Dime, Diday, Desgranges, Chassagny, Pétrequin, Perrin, Perroud, secrétaire.

grand nombre des vaccinations et des revaccinations pratiquées dans ces dernières années a contribué au même effet, et la Commission est heureuse de pouvoir attribuer en grande partie l'immunité dont nous jouissons maintenant au zèle et au dévoûment des médecins vaccinateurs du département.

Enfin, comme troisième cause du petit nombre actuel des varioles, on pourrait invoquer la moins grande réceptivité des sujets au virus variolique pendant l'époque de calme que nous traversons que pendant la période épidémique que nous avons parcourue. Même phénomène se produit, du reste, pour le virus vaccin ; les vaccinations réussissent moins bien aujourd'hui qu'il y a deux ans ; M. Chassagny, entre autres, en a fait la remarque, et les revaccinations, qui donnaient de si beaux succès en 1870 et 1871, puisqu'elles réussissaient dans les deux tiers des cas, sont loin aujourd'hui de fournir d'aussi brillants résultats. M. Chassagny l'a constaté d'une manière très-évidente, et M. Garnier, sur onze revaccinations opérées dans ces derniers temps, n'a réussi que dans un cas (1).

Nous ne voulons pas parler ici de ces faits particuliers de réceptivité ou de résistance au virus que tout le monde a observés : tout médecin a vu des personnes contracter la maladie plusieurs fois, et d'autres résister au vaccin après des tentatives réitérées. M. Garnier, par exemple, nous a cité, cette année, l'observation d'une jeune fille qui, quoique vaccinée dans son enfance, contracta une varioloïde il y a deux ans, et, trois mois après, une variole confluente qui la défigura. En regard de ce fait, il nous a signalé le cas d'un homme qui fut vacciné quatre fois à de longs intervalles, aussi bien par M. Garnier père que par lui-même, et qui le fut toujours sans succès. Les faits auxquels nous faisons allusion sont tout autres ; ils empruntent à l'état médical régnant un caractère de généralité que n'ont pas ces derniers ; ils ne tiennent pas de quelque idiosyncrasie plus ou moins prédisposée ou réfractaire au virus, mais d'un ensemble de circonstances encore peu connues, ensuite desquelles, pendant un certain temps et d'une manière générale, le virus produit plus ou moins facilement ses effets.

Quelque chose d'analogue à ce que nous constatons aujourd'hu

(1) Il est vrai que trois de ces malades avaient déjà été revaccinés en 1870.

chez nous, mais en sens inverse, a été observé en Italie. Dans un travail publié cette année par le docteur Gerolamo Orsi, d'Ancône, dans les *Annali universali di medicina*, nous voyons que, dans la province de Vicence, en 1846 et en 1850 les revaccinations ont donné, toutes choses égales d'ailleurs, des résultats bien moins satisfaisants qu'en 1873.

Voici les chiffres que nous trouvons dans ce travail :

		PROPORTION DES SUCCÈS.		
Années.	Nombre des revaccinations.	Complets.	Incomplets.	Nuls.
1846.	285	13,68 %	46,30 %	40 %
1850.	1,131	51,28	6,70	42
1873.	610	60,80	22,90	16,2

Ainsi, en 1873, en dehors du temps épidémique, les revaccinations ont compté beaucoup plus de succès que pendant les années 1846 et 1850, non épidémiques elles-mêmes. D'autres causes que le génie épidémique peuvent donc influer sur la réceptivité au vaccin et, par conséquent, peut-être sur la réceptivité à la variole. Nous ne rechercherons pas quelles peuvent être ces causes ; mais nous protesterons énergiquement contre la coupable insouciance des parents et l'apathie que le calme probablement momentané que nous traversons semble avoir provoquées.

La bénignité, le petit nombre et même, dans certaines localités, l'absence de variole ont détourné l'attention de la population de cette trop redoutable affection, et de toute part on signale à la Commission le peu d'empressement que les parents ont mis cette année à faire vacciner leurs enfants ; plusieurs médecins vaccinateurs ont dû à cette cause de ne pouvoir envoyer, comme par le passé, des états de vaccination. Cette négligence pour la vaccine est une faute et un mauvais calcul : l'expérience de ces dernières années devrait ouvrir les yeux ; ne sont-ce pas, en effet, les sujets non vaccinés qui ont payé le plus fort tribut à l'épidémie, et, au moment du fléau, n'est-ce pas en grande partie à l'affluence des retardataires à la vaccine que l'on a dû, dans certaines localités, ces disettes momentanées de vaccin si regrettables, surtout quand le danger est là ? N'attendons pas, par conséquent, que l'ennemi soit déjà dans la place, quand, par une bonne prophylaxie, il nous serait si facile d'éviter le retour d'épidémies aussi redoutables que celle que nous avons eue à subir.

M. Chapot, mettant à profit ces sages préceptes, a continué

cette année, au point de vue de la vaccine, le travail d'inspection des écoles qu'il avait commencé déjà l'année dernière, et par lui la Commission sait qu'aucun des enfants qui fréquentent les 70 écoles du troisième canton n'a échappé à la vaccination; même remarque en ce qui concerne les écoles du cinquième arrondissement, que M. Mouraud (de Vaise) a bien voulu examiner dans le même sens. De pareils éloges ne peuvent malheureusement pas être adressés à quelques-unes des maisons de refuge destinées aux enfants pauvres ou vagabonds; dans certaines d'entre elles, M. Mouraud a constaté l'absence de toute trace de vaccin chez 40 pour 100 de leurs petits pensionnaires; c'est surtout dans ces asiles charitables que notre confrère a dû multiplier ses vaccinations.

Grâce à la sollicitude des vaccinateurs du département, le nombre des vaccinations opérées par le service s'est élevé, cette année, à 4,516, sans compter 115 vaccinations que l'on doit au service particulier de la Société de médecine; c'est une sensible diminution sur le chiffre de l'année dernière, 5,057, et surtout sur celui de l'année précédente, 7,860.

Un certain nombre de faits dignes de remarque se sont présentés cette année à l'observation de quelques vaccinateurs et ont été transmis par eux à la Commission.

M. Jutet, par exemple, a pu constater expérimentalement et sur sa propre personne que le pus des abcès métastatiques n'est pas inoculable, alors même qu'il provient d'un varioleux en pleine influence variolique. Notre confrère, en effet, eut à ouvrir au bistouri un abcès de la grosseur d'un œuf qui s'était développé dans la région sourcilière gauche chez un homme atteint de variole confluente en pleine suppuration. Dans cette petite opération, un mouvement du malade fit que l'opérateur se piqua légèrement le bout de l'index de la main gauche avec la pointe de l'instrument souillé du pus de l'abcès. Ce petit accident avait lieu le matin entre huit et neuf heures : à une heure de l'après-midi, frisson violent, angoisse précordiale avec sensation de défaillance : notre confrère est obligé de s'aliter et se soumet à une potion fortement stimulante. A six heures, l'angoisse avait disparu ; à la potion précédente succéda alors l'acétate d'ammoniaque à haute dose ; des sueurs profuses furent provoquées de la sorte, et le lendemain il ne restait qu'un peu de faiblesse pour tout

symptôme général. Quarante-huit heures après, une légère inflammation sous épidermique se manifesta ; l'ongle tomba plus tard, et ce fut tout.

Ainsi, dans ce fait, l'inoculation du pus d'un abcès métastatique développé chez un varioleux ne produisit qu'une inflammation locale avec un très-léger degré de septicémie, mais rien de spécifique ; il est vrai que M. Jutet ayant été vacciné dans son enfance, a pu de ce fait échapper jusqu'à un certain point à la contagion : toutes les variolisations post-vaccinales ne sont pas, en effet, suivies de succès, puisque, sur 84 cas, M. Papillaud compte 19 insuccès (1) ; aussi ne conclurons-nous pas sur cette seule observation ; néanmoins nous croyons que ce cas est digne d'intérêt et mérite d'être enregistré.

Ce ne serait pas, du reste, le seul exemple d'un travail morbide développé chez un varioleux sans participer à la nature variolique de l'affection principale ; M. le docteur Brevard, par exemple, vaccina, cette année, deux enfants qui prirent la varicelle pendant le cours de l'évolution vaccinale. Du vaccin recueilli sur ces varicelleux donna plus tard de très-belles vaccines sans reproduire la maladie concomitante. Il n'est pas rare non plus de voir la vaccine parcourir ses diverses périodes conjointement avec la variole chez le même sujet, et ne transmettre par inoculation que la vaccine sans la variole à des sujets vierges de ces deux affections.

M. Alix a communiqué dernièrement à la Société de médecine un exemple de ce genre. Dans une petite localité d'Algérie, le vaccin manquait en présence d'une épidémie de variole ; M. le docteur Buquoy, sur les conseils de M. Alix, inocula alors la variole suivant la méthode ancienne : une jeune fille fut inoculée de la sorte, et, trois jours après, fut vaccinée avec du vaccin qui vint de France : les deux éruptions marchèrent côte à côte sans paraître s'influencer, et les boutons vaccinaux fournirent la matière d'une série de vaccinations qui furent pratiquées ensuite dans les oasis avec le plus entier succès et sans complication aucune de variole, quoique la lymphe vaccinale primitive provînt d'un sujet en puissance de petite vérole.

Outre ce dernier point, cette observation contient encore divers

(1) Papillaud. *De la variole, de la vaccine et de l'inoculation* in *Annales de la Soc. méd. chir. de Liége*, août et sept. 1872.



enseignements que nous devons souligner. Avec beaucoup d'autrés faits, elle montre qu'un certain temps est nécessaire après l'inoculation pour que l'imprégnation variolique soit complète, puisque, trois jours après la variolisation, la vaccine a pu être inoculée et se développer normalement. Un délai analogue est nécessaire pour que la vaccine ait acquis toute son action prophylactique. M. Sérullas a inoculé cette année avec succès, au huitième jour, plusieurs enfants avec du vaccin pris dans les boutons dont ils étaient porteurs. Il s'agit, dans ces cas, de deux enfants d'un an et d'un enfant de cinq ans non vaccinés. A une première inoculation vaccinale, une seule piqûre réussit; le huitième jour, du vaccin est pris à cette pustule unique et sert à une seconde vaccination, qui eut un plein succès. Des faits analogues ont été cités déjà par Mongenot et par Taupin; cependant, passé le sixième jour, ces derniers ne sont pas parvenus à inoculer une seconde fois la vaccine chez le même sujet.

Un autre point de l'observation de M. Alix sur lequel nous appellerons l'attention, c'est l'inoculation variolique que l'auteur a pu pratiquer dix-neuf fois sur des sujets vierges de vaccine sans produire le moindre accident.

Dans tous ces faits, l'éruption est restée locale et les sujets n'ont eu nullement à en souffrir. Quelques tentatives faites par le docteur Jutet l'année dernière ont donné à peu près les mêmes résultats. Se trouvant momentanément dépourvu de vaccin, notre confrère inocula avec du pus variolique un petit garçon de trois ans et huit mois, placé dans un milieu d'infection : ce pus fut recueilli sur une varioloïde très-bénigne et mélangé à partie égale de lait, suivant la méthode employée il y a quelques années par M. Brachet et M. Bouchacourt. Trois piqûres furent faites à à chaque bras. Le quatrième et le cinquième jour de l'inoculation, ces six piqûres donnèrent six pustules varioliques après deux jours de fièvre; puis il survint, quelques jours après, une éruption variolique discrète et très-bénigne : 17 pustules en tout. Notre confrère inocula un petit enfant de deux ans avec du pus puisé dans ces pustules sans le mélanger avec du lait : les points d'inoculation donnèrent de belles pustules varioliques, mais il n'y eut pas d'éruption secondaire.

Nous ne conclurons pas de ces faits que le virus variolique s'épuise par des inoculations successives, de sorte qu'il serait possible de remplacer le vaccin par un pus variolique de quatrième

ou de cinquième génération; plusieurs observations de M. Papillaud viendraient bien vite nous contredire : ce praticien, en effet, dans une série de 300 inoculations environ pratiquées avec des pustules varioliques de deuxième, troisième et quatrième génération, a vu survenir des éruptions secondaires généralisées dans un huitième ou un dixième des cas (1). Nous dirons seulement que, en temps d'épidémie, quand le danger est imminent et que le vaccin fait défaut, on peut recourir à l'inoculation variolique même chez des sujets tout à fait vierges de vaccine ou de variole; tout en rappelant cependant que, dans certains cas et sans cause appréciable, on a vu survenir, à la suite de l'inoculation, des varioles confluentes très-graves et même mortelles. La possibilité de faits de ce genre doit rendre très-circonspect dans la substitution de la variolisation à la vaccination et limite cette pratique à des cas exceptionnels.

Différents changements sont survenus cette année dans le personnel des médecins vaccinateurs du département. Par des raisons diverses, MM. les docteurs Cognard (de Lyon), Gourd (de Thizy), et Armand (de Denicé) ont dû se démettre de leurs fonctions.

La Commission de vaccine regrette vivement la perte d'une collaboration que chaque année lui permettait d'apprécier davantage, elle n'oublie pas que, l'année dernière encore, à pareille époque, la Société de médecine décernait à l'un des démissionnaires une récompense honorifique comme gage de l'estime dans laquelle elle tient sa personne et ses travaux; mais elle est sûre que le zèle et le dévoûment des nouveaux vaccinateurs ne le cèdera en rien à celui de leurs prédécesseurs, et c'est avec confiance qu'elle souhaite ici la bienvenue à MM. Michard (de Cours) et Pierre Armand (de Denicé).

Nous avons encore d'autres regrets à exprimer ici. M. Chassagny, vous le savez, a dû abandonner la direction du service de conservation du vaccin institué au palais Saint-Pierre par la Société de médecine, et quoique ce service ne rentre pas dans les attributions de la Commission de vaccine, il lui a été d'un concours si utile et si précieux, que c'est pour elle un besoin d'en remercier ici publiquement le directeur et le fondateur.

(1) *Loco citato*, p. 309.

M. Chassagny a créé entièrement ce service, et, payant de son temps et de sa personne, par ses seuls efforts, sans aucun secours pécuniaire étranger, il l'a porté au degré de parfaite organisation que vous connaissez et il en a fait ce que vous savez. Actuellement, le service de conservation de vaccine de la Société de médecine rivalise avec celui du département pour la diffusion du vaccin ; à lui on a recours non-seulement des départements voisins, mais encore des parties les plus éloignées de la France et de l'Algérie.

M. le docteur Bourland-Lusterbourg, à qui depuis cette année la Société de médecine a confié la lourde succession de M. Chassagny, continue les heureuses traditions de son prédécesseur, et ce n'est certainement pas entre ses mains que le service périclitera.

Par ses soins, 87 enfants et 28 militaires de la garnison ont été vaccinés cette année.

Sur les 87 enfants, 17 ont été perdus de vue ; les 70 autres ont donné 397 pustules légitimes au lieu de 420 que les six piqûres pratiquées à chacun d'eux auraient dû produire, soit une moyenne de 5,66 par enfant : il n'y eut aucun insuccès complet.

Ces 397 pustules ont donné 312 tubes, un peu moins d'un tube par pustule et une moyenne de 4,42 par enfant ; 297 de ces tubes ont été distribués et répartis en 103 envois dans les départements du Rhône, de la Loire, de la Haute-Loire, de l'Isère, de l'Hérault, de l'Ain, de la Drôme, du Finistère et de la Savoie, ainsi qu'en Corse et en Algérie. Sur ces 103 envois, 83 ont donné lieu à des réponses satisfaisantes ; cinq médecins ont eu des insuccès, et quinze n'ont pas fait connaître le résultat obtenu.

M. Bourland-Lusterbourg évite de remplir plus de deux ou trois tubes à chaque pustule ; il pense avec raison, selon nous, que le vaccin recueilli ensuite ne présente pas les qualités nécessaires pour une bonne conservation et pour des expéditions lointaines. Il a remarqué que les enfants mal tenus ne donnent que des pustules petites, mal développées et tout à fait impropres à une cueillette régulière et tant soit peu fructueuse ; aussi s'est-il toujours abstenu de prendre ces enfants pour vaccinifères, aussi bien que les militaires déjà vaccinés dont il a pratiqué la revaccination.

La Commission de vaccine remercie les médecins vaccinateurs qui lui ont fait part de leurs observations, et, en particulier,

MM. Chapot et Jutet pour les communications qu'ils lui ont fait parvenir ; malheureusement elle regrette de ne pouvoir, cette année, distribuer les récompenses honorifiques que la Société de médecine a bien voulu mettre à sa disposition.

DE LA CHLOROSE EN GÉNÉRAL ET DU PROTO-BROMURE DE FER EN PARTICULIER ;

Par le docteur F. Garnier et Prince, pharmacien.

Encore un antichlorotique ! La thérapeutique n'est-elle point assez riche en produits martiaux ? Le fer a fourni un arsenal complet à la matière médicale ; nous en avons déjà pour tous les goûts et de toutes les couleurs, et, qui plus est, sous toutes les formes. La grosse caisse a battu pour remplir la petite, et la trompette de la réclame a sonné bien fort pour attirer le chaland. Allons, approchez ! Voici des produits merveilleux ; voulez-vous des dragées, des pastilles ? elles noircissent les dents ; prendrez-vous ces pilules dorées, argentées, etc. ? ne vous gênez point, elles sont préparées depuis longtemps, vous êtes à peu près certains qu'elles feront une concurrence déloyale aux noyaux de cerise ; elles vous feront assurément regretter la graine de moutarde blanche et la graine de lin, encore plus mucilagineuse et plus efficace. Les poudres sont plus solubles, en général, et pourront peut-être mieux réussir. Mais n'acceptez point l'hérésie de Trousseau, qui recommandait d'une manière toute spéciale de commencer le traitement d'une chlorose par les préparations insolubles. Le plus ordinairement, vous trouvez chez vos chlorotiques de la dyspepsie, et voyez la belle logique de notre vénérable maître : Donnez des préparations martiales insolubles, c'est-à-dire presque inassimilables.—Vraiment, direz-vous en réfléchissant, c'est une aberration qui n'a pas de nom ; parce qu'un estomac digère mal ou plutôt parce qu'il ne digère pas, vous voulez tellement contenter messire Gaster, que vous allez de propos délibéré lui donner une préparation indigeste ! Oh ! non, en grâce, pitié pour cet estomac délabré qui se révolte contre tout travail par trop laborieux. Généralement, nous trouvons des digestions acides, et, bien mieux, une tendance prononcée par toutes nos malades pour les préparations culinaires acidulées ; ce

sont même, vous diront-elles, les seules qui passent bien. Méfiez-vous, ne vous y laissez pas prendre, luttez contre ce caprice du suc gastrique, qui ne veut que des choses faciles ou qui lui plaisent; mais ce n'est point une raison suffisante de donner des inassimilables sous le fallacieux prétexte d'écraser la révolte. Pourquoi ne pas se rejeter sur les martiaux à base de soude, par exemple (1).

La nomenclature des sirops ferrugineux est ou peut être facilement réduite. Un des plus employés est sans contredit le sirop de proto-iodure de fer. Dupasquier nous a ouvert la voie. Mais ce sirop doit-il être administré à toutes nos chlorotiques? Je ne le pense pas, pour mon compte personnel, je le réserve pour les chloroses liées à un état strumeux. Dans ces cas, il fait merveille. Mais que donner à nos chloroses où l'éréthisme nerveux est seul en jeu presque aux dépens de toutes les autres fonctions organiques, faut-il l'associer aux antispasmodiques? Autrefois, j'aurais dit oui, aujourd'hui je dis non. Moins on donnera de remèdes à une chlorotique, plus vite nous arriverons au but, car nous ne chargerons pas en vain un estomac la plupart du temps dyspeptique. Ce qui a encombré la matière médicale de produits martiaux, c'est la difficulté qu'éprouve le praticien à les faire assimiler. De là vient que la pharmacologie a exploité le fer comme une véritable mine californienne. C'est à nous, médecins, qu'il appartient de mettre un frein à cette exploitation industrielle. Or, pour cela, que faut-il? Ne pas mesurer toutes les chloroses avec la même aune. Elles ne sont point toutes les mêmes, elles offrent des variantes, la synonymie même, empruntée aux différents auteurs qui l'ont traitée, nous le prouve amplement. Une pneumonie est-elle toujours même et identique, ne saisissons-nous pas les nuances diverses que nous pouvons avoir sous les yeux, ces nuances, tant faibles soient-elles, ne nous posent-elles pas des indications précises? Eh bien alors, pourquoi ne voudrions-nous pas voir dans la chlorose des nuances diverses plus ou moins tranchées, plus ou moins disparates?

(1) Dans ma pratique journalière, je ne prescris plus que le pyrophosphate de fer et de soude lamelleux et verdâtre, celui où le fer prédomine, rejetant le blanc qui contient plus de soude que de fer, le citro-ammoniacal et les autres comme trop délitescents. Je le donne (10 gr. en 100 prises, 3 par jour aux repas) et cela depuis que je me suis rendu compte d'une solution qui jouit d'une réputation usurpée par l'arsenic qu'elle renferme.



Parce qu'en général cette maladie se guérit presque toujours lorsqu'elle n'est pas invétérée, nous n'avons pas su ou pas voulu poser des jalons capables de guider notre thérapeutique. C'est un tort. J'en étais là en 1864, lorsque le bromure de potassium vint faire tant de bruit dans le monde médical. Je songeai à la tentative de Magendie (1836) sur le bromure de fer.

Si le bromure de potassium exerce sur l'axe cérébro-spinal une action particulière avec sédation sur le cœur, nous devons naturellement conclure que le bromure de fer devait jouir des mêmes qualités, et que, si le premier avait le pouvoir de tempérer l'irritabilité nerveuse, le second devait nous donner les mêmes résultats. Cette hypothèse, toute gratuite, fut très-heureusement justifiée par les faits nombreux que nous avons eu à enregistrer durant ces dix dernières années. La découverte de Balard donnait le brome et non un succédané de l'iode, ainsi que ne tardèrent point à le prouver les expériences cliniques. Entre le proto-bromure de fer et le proto-iodure de fer, la différence est aussi considérable qu'entre l'iode et le brome.

Si nous avions assez de talent pour faire passer dans l'esprit des autres nos convictions personnelles, nous croyons que nous aurions fait faire un grand pas à la thérapeutique de la chlorose. Mais nous ne pouvons jeter que quelques jalons épars à travers tous les symptômes morbides de cette maladie, en laissant à d'autres plus habiles le soin de trancher davantage et de mieux marquer la voie que nous traçons.

Les chlorotiques où prédomine l'irritabilité nerveuse sont de beaucoup les plus nombreuses (19 sur 20, Trousseau); c'est donc à elles que s'adressent de préférence les préparations de proto-bromure de fer. Le sirop ne donne jamais lieu ni à la constipation ni à la diarrhée, ainsi que le font la plupart des autres préparations martiales, et il agit à l'instar du proto-bromure de potassium, c'est-à-dire en calmant l'éréthisme nerveux et les syncopes nerveuses qui ont probablement pour cause une insuffisante excitation du bulbe par le sang pauvre en oxygène (Sée). Sans avoir recours à la digitale, il fait cesser les désordres du côté du cœur, met une trêve à cette *anarchie complète dans le rhythme* que Bouillaud a si bien caractérisée par ces mots de *véritable folie du cœur*, et par contre-coup il fait cesser toute dyspnée, toute anhélation, symptômes presque toujours concomitants des palpitations nerveuses. Le proto-bromure de fer est de toutes les

préparations martiales celle qui a fait le plus promptement justice de tout ce grand cortége de névralgies qui, d'habitude, accompagne la chlorose. En peu de jours (dix ou douze), nous avons vu s'éteindre ces douleurs cervicales, trifaciales, intercostales, iléo-lombaires, etc. Les phénomènes morbides de la classe des névroses disparaissent les premiers ; ceux qui disparaissent ensuite sont les troubles digestifs, la peau ne reprend sa coloration normale qu'en dernier lieu. Malgré l'anathème de Trousseau, s'il y a déjà toux legère le matin, serait-elle accompagnée de symptômes caractéristiques de tuberculisation, nous avons encore recours au proto-bromure de fer (*phthisis nervosa* de Morton), et quelquefois nous avons eu le bonheur de voir le processus morbide complètement enrayé.

Si j'ai eu l'heureuse idée d'employer le proto-bromure de fer, je dois dire ici à haute et intelligible voix que c'est grâce à l'entremise et à l'extrême obligeance de M. Prince, pharmacien, que j'ai pu y arriver; aussi ne saurais-je mieux terminer qu'en lui laissant la parole, sans vous faire part de toutes nos péripéties (1).

D'après nos calculs sur les équivalents chimiques du brome, comparés à ceux de l'iode combiné avec le fer, nous résolûmes d'employer la formule qui suit :

Limaille de fer non oxydée......	100
Eau distillée..................	768
Brome	210

Le moyen d'opérer fut le suivant :

Après avoir introduit la limaille et l'eau dans un matras d'une contenance d'environ deux litres, nous y ajoutâmes à peu près 40 à 50 grammes de brome, en ayant soin de boucher promptement le matras avec un bon bouchon de liége, afin d'éviter la perte de ce dernier, qui s'échappe aussitôt en vapeurs jaune rougeâtre dues au développement de la chaleur occasionnée par le contact des premières parties mises en présence ; ces vapeurs disparaissent bien vite pour faire place à d'autres de couleur violette qui, comme les premières, ne durent que quelques secondes; c'est à ce moment qu'une nouvelle partie fut ajoutée. Nous renouvelâmes cette opération jusqu'à épuisement complet du brome.

Lorsque la combinaison fut achevée, nous transvasâmes le tout

(1) Extrait d'un mémoire lu à la Société de pharmacie.

(c'est-à-dire y compris l'excédant de fer contenu dans le soluté, indispensable à sa conservation) dans un flacon bouché à l'émeri et mis en réserve. Étant arrivé sans trop d'obstacles à la fin de notre première opération, il s'agissait dès lors de nous assurer si notre solution normale contenait bien la quantité de proto bromure de fer que nous avions cherché à obtenir par nos calculs. Sans perdre un instant, nous nous dépêchâmes d'en filtrer 30 grammes que nous fîmes évaporer rapidement jusqu'à siccité. L'opération terminée, nous fûmes des plus heureux en constatant que notre soluté contenait parfaitement le tiers de son poids de sel anhydre, but de nos recherches; par conséquent, le produit ainsi obtenu était bien celui auquel nous devions donner le nom de solution normale et titrée de proto-bromure de fer.

Nous décidâmes alors que, pour essayer notre nouveau produit, nous le mettrions sous trois formes différentes. Voici quelles furent les formules adoptées et le mode opératoire :

Première préparation (pastilles).

Solution normale et filtrée....	18 gr.
Gomme adragante pulvérisée..	1 gr. 50 c.
Sucre en poudre fine........	100 gr. 50 c.

Versez dans une capsule de porcelaine la solution, que vous faites évaporer jusqu'à moitié de son poids (9 grammes); versez alors dans un mortier de marbre, ajoutez la gomme mélangée préalablement avec une petite partie du sucre; le mucilage terminé, ajoutez-y le restant du sucre, broyez la pâte fortement, étendez ensuite sur une table de marbre et divisez en pastilles d'un gramme, faites-les sécher promptement et mettez-les dans un lieu sec; chaque pastille contient 5 centigrammes de proto-bromure de fer.

Deuxième préparation (pilules).

Solution normale et filtrée.........	12 gr.
Limaille de fer porphyrisée........	0 10 c.
Gomme arabique en poudre.......	q. s.
Réglisse en poudre...............	q. s.

Pour faire 80 pilules :

Versez la solution avec la petite partie de fer dans une capsule de porcelaine, faites évaporer promptement jusqu'à ce que le

liquide ait perdu les deux tiers de son poids; versez le encore chaud dans un mortier de porcelaine bien sec et légèrement chauffé, ajoutez-y à l'instant les deux poudres mélangées préalablement et en quantité suffisante pour former une masse pilulaire assez consistante, que vous divisez en 80 pilules égales et que vous renfermerez dans un flacon bien sec et tenu à l'abri de l'humidité; chaque pilule renferme 0,05 centigr. de proto-sel.

Troisième préparation (sirop).

Solution normale et filtrée.............	12 gr.
Sirop de gomme à la fleur d'oranger.....	620 gr.
M. S. A.	

Cette quantité représente un demi-litre de sirop contenant 4 grammes de proto-bromure de fer; ce qui fait pour les 31 gr. 60 centigr. 0,20 centigr. de principe actif.

HERNIE ÉTRANGLÉE; KÉLOTOMIE; PERFORATION DE L'ANSE HERNIÉE; SUTURE PERDUE; GUÉRISON.

Par A. FOCHIER, chirurgien en chef désigné de la Charité.

En général, lorsque dans une kélotomie on a à constater une perforation un peu étendue de l'anse herniée, l'état de l'intestin dans le voisinage de la perforation impose la nécessité d'établir un anus artificiel. On conçoit, en effet, très bien *à priori*, qu'un étranglement capable d'amener la perforation produise le plus souvent des lésions telles qu'il soit impossible de compter sur la résistance et la vitalité de l'anse herniée. Et, en consultant les recueils ou les auteurs, on voit que, toujours ou presque toujours, les chirurgiens se sont crus obligés à cette ressource extrême de l'anus contre nature. M. Gosselin ne voit une autre indication que dans les cas où la plaie aurait été faite avec le bistouri: « Je conseillerais alors, dit-il, de pratiquer la suture de Gély, et de réduire. » Le cas de perforation où il m'a été donné d'intervenir avec succès par la suture n'étant, à proprement parler, ni traumatique ni spontané, mais intermédiaire, est bien propre à faire étendre les indications de la suture dans les perforations de l'intestin hernié, et ne peut qu'encourager ceux qui se trouveraient aux prises avec des circonstances analogues.

OBSERVATION. — Jean Chambeau, terrassier, à la Tour-de-Salvagny, est apporté, le 26 juin, à midi, dans mon service (salle Saint-Eucher, n° 5, hôpital de la Croix-Rousse). Ce malade, âgé de soixante ans, était porteur, depuis vingt-quatre ans, d'une hernie inguinale gauche, qu'il maintenait par un bandage, mais qui sortit et devint irréductible le 19 juin dans la journée. Depuis lors, coliques et vomissements avec de rares et courtes intermittences. Pas de selles ni de gaz rendus par l'anus. Un médecin, appelé le 25 juin, fit du taxis sans résultat.

On se trouvait donc au septième jour d'un étranglement indéniable. La face est altérée, les orbites excavés, le teint terreux, les extrémités refroidies, le pouls très-petit, mais lent (80). Les vomissements fécaloïdes sont provoqués par la moindre ingestion de liquide, la langue sèche, la soif vive, le ventre modérément ballonné n'est pas douloureux à la palpation, sauf dans le voisinage de la hernie. Celle-ci de la grosseur d'un œuf de poule, est du reste peu douloureuse ; les téguments ne sont ni rouges, ni chauds, ni épaissis à son niveau, elle est rénitente et mate.

OPÉRATION. — Anesthésie incomplète vu l'état général, et suspendue dès qu'on est arrivé dans le sac. Incision couche par couche jusqu'au sac, qui est ouvert dans un point où il y avait un peu de liquide interposé entre lui et la paroi intestinale. Partout ailleurs l'anse herniée est adhérente au péritoine pariétal. Je la détache en glissant une sonde cannelée entre les deux parois adossées, et, quoique cette manœuvre ne nécessite pas le moindre effort, une perforation à l'emporte-pièce est constatée sur le point culminant de l'anse herniée, une fois le détachement complété. Cette perforation à peu près circulaire, de 4 millim. de diamètre, laisse passer le liquide intestinal ; et la muqueuse intestinale, rouge sombre, tuméfiée, vient faire hernie à travers ses bords. Un débridement en haut et peu profond du collet permet d'attirer l'anse intestinale. Le niveau du collet est marqué par une dépression d'autant plus nette que le reste de l'anse herniée est épaissi, et a perdu en partie sa souplesse ; l'intégrité de la séreuse est très-certaine à ce niveau. L'anse est rouge noirâtre, la surface est dépolie ou recouverte de quelques débris de fausses membranes, qu'on enlève facilement. Je me décide à faire d'abord un, puis deux points de suture, en suivant le procédé de Jobert, et avec un *fil de fer capillaire non étamé*. Je coupe les fils au ras, j'éponge et lave soigneusement l'intestin, et je réduis. Pansement à plat ; bouillon, vin et opium.

SUITES. — Les vomissements cessent immédiatement, le ballonnement diminue, il n'y a pas de fièvre. Ce n'est que le 28 qu'on provoque une selle abondante par un lavement. Un peu de douleur et d'empâtement dans la fosse iliaque gauche persistent pendant une huitaine de jours. La seconde selle, spontanée cette fois, se produit le 3 juillet. Le sac se sphacèle et met très-longtemps à se détacher, ce qui retarde la cicatrisation, qui n'est complète que le 2 août, date où on ne peut plus retenir le malade.

L'état relativement sain de l'anse herniée, si on le rapproche de la durée de l'étranglement, l'adhérence presque complète de l'intestin avec le sac sont déjà des particularités intéressantes dans

cette observation. Mais le fait dominant, c'est la production d'une perforation, le point qui mérite l'attention, ce sont les indications de la suture et le procédé à employer.

La facilité avec laquelle a été effectué le décollement de l'intestin permet d'affirmer qu'il y avait à ce niveau une lésion intestinale, qui a été la véritable cause de la perte de substance qui s'est produite. Cette lésion était-elle une gangrène limitée ou un abcès, une infiltration purulente de la paroi intestinale? Cette dernière hypothèse paraît la plus vraisemblable, si l'on tient compte de l'état inflammatoire du sac et de l'intestin, quoiqu'il n'y eût sur le reste de l'anse herniée pas plus de traces d'infiltration purulente que de sphacèle.

Les indications de la suture résidaient toutes dans l'état de l'intestin. C'était bien un intestin épaissi, induré, dont quelques vaisseaux étaient obturés par des coagulations sanguines, dont la vitalité était diminuée, dont la surface était certainement dépouillée de son revêtement endothélial, mais on pouvait compter sur sa résistance, et on pouvait espérer que l'adossement de deux surfaces séreuses donnerait lieu à une réunion solide. D'autre part l'état général du malade était tel que l'établissement d'un anus artificiel aurait rapidement amené une adynamie mortelle.

Quant au procédé suivi, comme un seul point de suture paraissait devoir suffire, il n'y avait pas à songer au procédé de Gély, le second point n'a été mis que pour assurer l'occlusion. La nature du fil employé a-t-elle été pour quelque chose dans le succès? On ne peut l'affirmer puisqu'on a réussi avec d'autres fils dans des cas de plaie intestinale.

Il y a aussi à se demander si dans des cas semblables, où l'on a à craindre soit une perforation secondaire, soit un défaut de réunion, on ne doit pas chercher à maintenir l'intestin au niveau de la plaie abdominale. Je me disposais à le faire et je n'avais coupé qu'un des chefs de mes deux fils de suture, lorsque je fus empêché par les considérations suivantes. En tirant modérément sur les fils, est-ce qu'il n'y avait pas à craindre de voir l'intestin rester libre dans une certaine mesure de balloter dans l'abdomen? En tirant plus fort, est-ce qu'on ne pourrait pas voir persister des phénomènes d'étranglement, dus à une sorte de pincement artificiel, d'autant plus efficace que le calibre de l'intestin était déjà réduit par le fait de la suture? et puis cette traction sur les fils aurait certainement favorisé la section rapide des parois in-

testinales. La section des deux chefs au ras de l'intestin et la réduction de l'intestin suturé étaient plus simples et moins dangereuses ; je les exécutai.

Dans les suites, il n'y a à noter que le soin qu'on mit à choisir les aliments du malade, la cessation des phénomènes d'étranglement malgré le tardif rétablissement des selles, et enfin la gangrène du sac, phénomène dû sans doute à la violente inflammation qui s'en est emparée, et qui doit faire réfléchir les partisans de la pratique qui veut que, dans les cas où l'établissement d'un anus artificiel est devenu nécessaire, on suture l'intestin à la peau.

SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LYON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE.

Présidence de M. Girin.

Séance du 23 février 1874.

La correspondance comprend :

1° Une notice biographique sur Scoutetten, par M. Isnard (de Nancy).

2° Une brochure de MM. Armaingaud et Levieux sur les *Réformes dont nos institutions d'hygiène publique sont susceptibles*, mémoires lus à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

3° M. Pétrequin offre à la Société, de la part de M. Dagonnet, deux exemplaires d'une brochure dans laquelle l'auteur a analysé un travail de M. Cyon, de Saint-Pétersbourg, sur les asiles d'aliénés, et a étudié l'ouvrage de M. Pétrequin : *Nouveaux mélanges de chirurgie, de médecine et d'hydrologie médicale.*

Suite de la discussion sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

M. Chavanne. Dans la discussion actuelle, il a été fait en somme peu d'objections à la méthode au point de vue clinique, et il a surgi quelques faits nouveaux. Le traitement par les bains froids n'a rien de spécifique, il n'a d'autre prétention que de s'adresser à un symptôme, la température élevée, mais au symptôme le plus funeste. L'élévation de la température n'est pas funeste par elle-même, mais par sa continuité ; ce qui est grave, c'est le maintien de cette élévation pendant plusieurs jours ; si, pendant plusieurs jours, la température se maintient à 40°, il se produit par ce fait même des altérations organiques graves qui amènent la mort ; la chaleur n'est qu'un effet sans doute, mais un effet qui devient cause à son tour, et qu'il est de la plus haute importance de combattre. C'est ce qu'on a cher-

ché à faire depuis longtemps en donnant aux typhoïdes du sulfure noir, du calomel, de la digitale, du sulfate de quinine ; je demande à ceux qui les emploient encore en quoi ces moyens influent sur la température. On a cherché à la diminuer par les applications locales, froides ou glacées ; mais on n'a pas donné de chiffres, sauf M. Foltz, qui a pris la température dans la bouche, où il y a des causes d'erreur ; d'autre part, la température s'abaisse plus facilement chez l'homme sain que chez le fébricitant. Enfin, les applications locales amènent des réactions dont la méthode de Brand ne veut pas et qu'elle ne produit pas, car la température ne commence à remonter que trois heures après le bain. La chaleur continue agit sur la nutrition comme l'insomnie continue sur le système nerveux ; le froid général a pour but de maintenir une diminution permanente de la température. Dans la plupart des cas, l'abaissement après chaque bain est à peine d'un degré, mais cela constitue un singulier service ; chez quelques malades, il n'y a eu qu'un abaissement d'un dixième de degré, mais ces malades avaient mangé de la viande, bu chaud ou éprouvé des émotions vives. Dans le nord de l'Italie, on arrive à des résultats analogues par l'aération continue, en tenant les malades dans un courant d'air frais et se guidant par le thermomètre pour les y laisser, les en retirer et les y replacer.

L'abaissement de température n'est pas le seul effet produit par les bains froids ; comme l'a dit M. Girin, ils activent les fonctions de la peau, qui de sèche devient halitueuse ; il n'y a donc qu'une réaction cutanée avec dégorgement correspondant des muqueuses. Je n'ai pas vu d'action sur la diarrhée ; ces malades vont du ventre dans le bain, mais ils ne vont pas plus que les autres. Je n'ai pas observé d'entérorrhagie. Le froid agit comme sédatif sur le système nerveux ; on est en présence d'un cercle vicieux, l'ataxie et l'élévation de la température se produisant l'une l'autre ; il faut le rompre. La méthode de Brand fait tomber l'ataxie d'abord, la température plus tard. Elle agit aussi comme corroborant contre l'adynamie, contre les dégénérations organiques. A la fin, on a des convalescences simples, sans anémie consécutive. La forme adynamique exige moins de bains que la forme ataxique.

En résumé, le froid agit en abaissant la température, activant les fonctions de la peau, calmant le système nerveux, diminuant l'ataxie et l'adynamie ; toutes ces actions sont solidaires.

Il résulte de mon observation qu'il ne faut pas soumettre à l'eau froide les cas simples, c'est-à-dire ceux où la peau n'est pas sèche, le pouls pas dicrote, où la diarrhée est naturelle, la langue pas trop sèche, et cela même avec 39° ; quand la température dépasse 39° et se maintient au-dessus deux jours de suite, il faut mettre le malade à l'eau ; s'il y a des intermittences dans la température, pas de bain.

M. Allix a dit qu'on avait eu affaire à une épidémie peu grave ; il a reconnu pourtant que l'épidémie avait été grave dans les derniers mois de l'année ; or, c'est précisément à ce moment que nous faisions nos expériences, et de plus j'ai éliminé les faits simples. Je n'ai choisi, pour les soumettre à la méthode de Brand, que les grands ataxiques ou les profonds adynamiques. Un seul assez gravement malade a refusé l'eau froide ; mais c'était un homme très-intelligent, qui a lutté lui-même et guéri,

Je dois ajouter que la méthode de Brand n'est pas applicable seulement à la fièvre typhoïde ; on peut l'appliquer aux autres maladies dans lesquelles il y a une élévation soutenue de la température. C'est ce qu'a fait M. Létiévant, et il a sauvé son malade de la septicémie. Dans la fièvre puerpérale au début, alors qu'il n'y a pas encore de pus dans les lymphatiques, les veines, le péritoine, on pourra prévenir sa production par les bains froids ; je dis même qu'on devra le faire. Dans le rhumatisme articulaire aigu, la température n'est pas aussi élevée, du moins aussi continuellement élevée ; mais quand il y a des accidents cérébraux, on devra employer les bains froids, comme l'a dit M. Rieux. Dans la scarlatine, cela a été fait, mais avec moins de rigueur ; là aussi on devra recourir au bain froid, quand l'élévation de la température au-dessus de 39° se maintient plus de deux jours. Quant à d'autres maladies à chaleur subjective : névroses, nervosisme aigu, goître exophthalmique, dans lesquelles les malades accusent une chaleur extrême et où le thermomètre monte peu, on emploie l'eau froide ; mais c'est alors comme modificateur du système nerveux et non comme moyen d'abaisser la température.

Quant à l'utilité du thermomètre, niée par M. Perrin, elle est incontestable ; la main trompe : dans la fièvre hectique, par exemple, la main trouve froide la peau du malade, et dans l'aisselle le thermomètre marque 41°.

En résumé, on a fini par reconnaître que l'excès de chaleur est une cause morbide considérable et qu'il faut le diminuer ; on a craint d'employer la méthode de Brand avec autant de rigueur, de crainte de n'avoir pas de réaction, la méthode n'en veut pas, puisqu'elle veut et obtient l'abaissement soutenu de la température ; enfin l'expérience a démontré que cette méthode diminue la température, écarte l'ataxie, fait disparaître l'adynamie et modère le système nerveux ; elle est applicable à d'autres maladies où la chaleur joue le rôle principal.

M. Soulier. Je vais chercher à répondre brièvement aux objections qui ont été faites à la méthode. M. Rodet nous a parlé d'un procédé, qui est, je crois, très-répandu, mais malgré lequel j'ai vu mourir beaucoup de malades ; ce procédé, dit M. Rodet, refroidit vingt-quatre heures. C'est possible, mais si le bain froid, chaque fois qu'il est donné abaisse la température, ne fût-ce que de quelques dixièmes de degré, il arrête huit fois par jour l'ascension de la température, et la maintient ainsi toujours au-dessous de son maximum. M. Chavanne a dit que le bain froid abaissait d'un degré à peine la température ; n'est-ce pas assez, puisque ce résultat se répète toutes les trois heures ? Le traitement de Brand à coup sûr n'est pas spécifique, il n'arrête pas les fermentations, qu'un abaissement de 1 à 2° est impuissant à empêcher ; mais il empêche de mourir. A M. Allix, qui a réclamé la priorité pour Scoutetten, je répondrai que le principe d'application du bain froid comme moyen de refroidissement n'appartient pas à Scoutetten ; ce qui appartient en propre à Brand, c'est qu'il a cherché le refroidissement continu là où tous avaient cherché la réaction. Car il ne s'agit pas seulement d'eau froide, mais de la manière de l'employer ; à côté du médicament, il y a la formule qui joue un grand rôle.

M. Teissier nous a parlé de M. Birmer et de son jugement sur la méthode.

On n'a le droit de juger une méthode que si on a suivi toutes les règles de l'auteur ; je n'admets pas que la méthode employée par Birmer soit celle de Brand. Mais on voit que plus on se rapproche de la méthode de Brand, plus les statistiques sont bonnes ; et Birmer, au lieu d'une mortalité de 25 °/₀, n'a plus que 12 1/2 °/₀ de mortalité.

Toutes les méthodes, a dit M. Teissier, ont offert au début de superbes statistiques ; mais ici il y a d'autres statistiques que celles de l'auteur, il y a celles de médecins qui ont commencé l'application de la méthode avec impartialité ; et, je le répète, il faut employer la méthode dans toute sa rigueur et l'appliquer dès les premiers jours. On lui reproche d'être perturbatrice ; les affusions froides que demande M. Teissier sont perturbatrices, cette méthode ne l'est pas.

M. Teissier m'a reproché d'avoir fait de l'élévation de la température toute la maladie ; je n'en ai pas fait l'essence de la maladie, mais son symptôme principal. Il en a conclu que le traitement ne doit pas être purement symptomatique, et demandé pourquoi on n'employait pas plutôt la digitale, la vératrine, le sulfate de quinine. D'abord on est bien obligé de faire un traitement symptomatique ; ensuite la digitale, si on peut compter sur elle, est bonne quand on l'emploie pendant cinq, six ou huit jours, comme dans la pneumonie, mais ne peut être donnée à dose élevée et d'une façon continue dans une maladie à longue évolution. M. Teissier a mis en avant l'entérorrhagie ; on a beaucoup parlé de cet accident ; nous n'en avons vu qu'un cas, et Birmer, qui dit en avoir vu un certain nombre, n'emploie pas la méthode pure. M. Frantz Glénard et moi avons fait quelques expériences à cet égard ; des animaux plongés dans des bains froids ont été ensuite ouverts, et nous avons constaté une diminution de la vascularisation de l'intestin. La seule entérorrhagie que nous ayons vue s'est montrée chez une malade traitée seulement au treizième jour. Il y a d'ailleurs pour cette complication des séries de fréquence ; mais ce que nous espérons, c'est que par la méthode les ulcérations seront retardées. M. Teissier ne peut admettre que le bain froid soit un décongestionnant du poumon, ce qui est prouvé pourtant par les faits de M. Chavanne et les nôtres. Enfin, paraissant oublier qu'il faisait le procès des bains froids, il a expliqué leurs effets par les modifications de la sensibilité de la peau ; il ne nous déplaît pas de voir qu'on attribue leur efficacité soit à ces modifications, soit à l'action sur le tube digestif, soit à d'autres causes ; c'est reconnaître que cette efficacité existe.

M. Girin, après avoir insisté sur l'action de la méthode sur le tube intestinal, ce qui la rapprocherait du traitement de Delaroque, lui reproche la beauté de ses statistiques ; c'est un beau reproche, nous n'avons eu qu'un cas malheureux. M. Carcasonne, de Nîmes, qui l'a employée à son tour, a eu une mort sur cinq cas, mais le malade n'a été traité que le quinzième jour.

M. Allix a insisté sur la valeur de la digitale et nous a objecté que nous avions eu une série heureuse ; et pendant que nous guérissions nos malades, d'autres mouraient en ville et dans d'autres services. Il a vu des soldats revenus d'Allemagne peu enchantés de la méthode de Brand ; M. Glénard, sur 93 cas observés en Allemagne, a vu 4 morts ; c'étaient quatre Français,

chez lesquels le traitement ne fut commencé que du vingtième au trentième jour.

M. Passot nous objecte la quantité d'eau nécessaire ; c'est un détail secondaire. Il croit que nous ne nous occupons pas des enfants ; parmi les observations rapportées, il y a cinq ou six cas de typhoïde chez des enfants. Quant au lieu d'élection du thermomètre, le rectum n'est pas toujours nécessaire, et l'aisselle suffit le plus souvent.

M. Bondet a perdu une malade ; dans ce cas, le diagnostic a été douteux pour plusieurs confrères, qui ont pensé à une phthisie aiguë ; je soutiens, d'ailleurs que les bains ont été donnés trop tard, du dixième au douzième jour seulement, après que pendant huit jours la température avait oscillé entre 39 et 40°, et que d'autre part la méthode n'a pas été appliquée d'une manière suffisamment rigoureuse, puisqu'après le bain on réchauffait la malade, on faisait de la réaction. M. Bondet nous a reproché d'être enthousiaste ; en présence des résultats, nous avons le droit de l'être, et, malgré les objections faites, je ne puis croire que cette méthode ne soit pas appelée à un bel avenir. Jusqu'ici, il n'y avait pas de traitement de la fièvre typhoïde, c'était une nuit complète ; la méthode de Brand est une lueur qui nous est apparue dans ces ténèbres.

M. Teissier se défend d'avoir accusé les partisans de la méthode de faire un traitement symptomatique ; il leur a seulement reproché de faire de la température élevée la cause de tous les accidents.

Le secrétaire adjoint, P. Marduel.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES.

Présidence de M. Laroyenne.

Comptes-rendus des séances de novembre 1873.

M. Fochier lit une *observation de hernie inguinale étranglée.* (Voir p. 484.)

Discussion.

M. Fontan. Le fait de M. Fochier me paraît un cas type de péritonite herniaire ; c'est ainsi que Malgaigne l'aurait considéré, et il ne lui aurait certainement pas inspiré la conduite de M. Fochier. Je ne dis point cela pour blâmer son intervention, au contraire, je ne saurais que l'approuver ; dans ces cas comme dans les étranglements vrais, je crois qu'il faut débrider. Je ne diffère d'opinion avec M. Fochier que sur un point secondaire. Dans l'étranglement vrai, le sillon est formé par l'amincissement de toutes les tuniques intestinales au niveau du collet ; au contraire, dans la péritonite herniaire, avec étranglement secondaire, l'intestin au-dessus et au-dessous du collet du sac est tuméfié, tandis que, au niveau même du collet, il a conservé son épaisseur normale, il en résulte un sillon, qui n'est qu'en apparence creusé aux dépens des tuniques intestinales ; tel est le cas de M. Fo-

chier. Mais, je le répète, il a très-bien fait de débrider, de suturer et de remettre l'intestin dans l'abdomen. Dans des cas analogues, M. Girard laisse l'intestin à nu dans la plaie ; mais je crois que l'intestin enflammé trouve dans la cavité abdominale des conditions de chaleur et d'humidité bien plus favorables à la résolution de l'inflammation.

M. Fochier. Je ne diffère pas autant d'opinion avec M. Fontan qu'il pourrait le croire. Qu'il y eût péritonite herniaire par étranglement ou étranglement par péritonite herniaire, comme le pense M. Fontan, ce n'est pas là le point important, et on ne pourrait en tirer qu'un argument puissant en faveur de l'opération dans les hernies enflammées. Le point capital c'est l'étranglement, quelle qu'en soit la cause ; dans le fait que je cite, il y avait étranglement, le malade était très-déprimé, sans réaction; il était urgent d'opérer, c'est ce que j'ai fait.

M. Icard. J'ai été témoin d'une opération analogue faite par Barrier en 1855. Il n'y avait qu'un pincement de l'intestin, qui était gangrené dans un tiers de sa circonférence. Barrier, qui n'avait jamais vu de malade survivre à un anus contre nature chirurgical, fit la suture et réduisit l'intestin dans l'abdomen. La malade mourut.

M. Laroyenne. Il n'est pas rare de rencontrer de très-petites perforations, et il est difficile de savoir si elles ne sont pas dues à une gangrène très-limitée. Elles n'ont quelquefois que les dimensions d'une tête d'épingle, souvent même elles ne sont pas complètes, il reste dans l'ouverture quelques fibres entre-croisées qui forment comme un treillis. Il y a aussi des perforations non gangréneuses de petite dimension, Velpeau conseille alors de rentrer sans crainte l'intestin dans l'abdomen.

M. Fontan. J'ai étudié le mode de formation des perforations ; j'ai trouvé deux processus. Dans quelques cas assez rares, la perforation est due à une plaque gangréneuse ; le plus souvent elle est la conséquence de phénomènes divers, thrombose veineuse, épanchement sanguin, exsudats, qui se passent dans les tuniques intestinales et qui finissent par en opérer le ramollissement et la dissociation, l'intestin se trouve réduit à sa tunique fibro-vasculaire, il n'y a pas de gangrène. Les perforations dont parle M. Laroyenne peuvent s'expliquer ainsi.

M. Fochier. Les plaques gangréneuses ne sont pas aussi rares que paraît le croire M. Fontan ; j'en ai vu deux cas dernièrement. Les perforations avec treillis persistant sont fréquentes au niveau du collet ; mais, dans le cas que je rapporte, la perforation avait lieu au sommet de l'anse. Ce siége est rare, Gosselin n'a pas vu de perforation au sommet de l'anse.

M. Laroyenne. Lorsque l'intestin est très-adhérent au sac, on est très-embarrassé, on ne sait vraiment que faire.

M. Fontan croit qu'il faut appliquer la méthode de M. Girard : débrider et laisser l'intestin en place.

M. Laroyenne. L'intestin bourgeonne dans la plaie et le malade finit par mourir.

M. **Fontan**. M. Girard a cité des cas où l'intestin est rentré spontanément dans l'abdomen.

M. **Picard** présente un malade porteur d'un chancre induré du pouce et d'une roséole syphilitique.

DISCUSSION.

M. **Gayet**. Ce malade a eu il y a trois ans un chancre avec bubon suppuré. On pouvait se demander, en présence de l'affection du pouce, si l'on n'avait pas affaire à un accident tertiaire, mais la roséole tranche la question.

M. **Dron** lit deux observations de rhumatisme survenu chez des malades atteints de blennorrhagie. Dans la première, le rhumatisme s'est montré pour la première fois dans le cours de la blennorrhagie, n'a affecté que l'articulation tibio-tarsienne droite, où il a déterminé une tumeur blanche, n'a point été suivi de lésions cardiaques; il présente donc les caractères assignés au rhumatisme blennorrhagique. Dans la seconde observation, le malade avait déjà été atteint de rhumatisme articulaire aigu deux ans avant d'avoir contracté pour la première fois une blennorrhagie. Quelques jours après le début de celle-ci, le rhumatisme articulaire reparut, attaqua successivement le genou droit, l'articulation tarso-métatarsienne du même côté et quelques autres jointures plus légèrement atteintes. Les articulations revinrent à l'état normal; mais l'état fébrile continua chez le malade, un double épanchement pleurétique et une endocardite se développèrent. Des bruits de souffle aux deux temps se manifestèrent, l'oppression devint extrême et le malade succomba.

A l'autopsie, on trouve des lésions aux deux orifices auriculo-ventriculaires, aux orifices de l'aorte et de l'artère pulmonaire, lésions beaucoup plus développées dans le cœur gauche. Il y a des caillots fibrineux qui, par la fermeté de leur texture, paraissent remonter à quelques jours avant la mort. Ce rhumatisme peut-il être considéré comme blennorrhagique? La première atteinte rhumatismale qui a précédé de deux ans la blennorrhagie ne permet pas de l'affirmer. Tout ce qu'on peut dire, c'est que la blennorrhagie a réveillé la diathèse rhumatismale chez le malade et lui a donné une énergie fatale. Du reste, la pluralité des articulations atteintes, les complications pulmonaires et cardiaques sont des caractères qu'on ne trouve pas ordinairement dans le rhumatisme blennorrhagique.

DISCUSSION.

M. R. TRIPIER. Les lésions isolées du cœur droit sont rares, mais celles qui accompagnent les affections du cœur gauche sont assez fréquentes ; ici, il n'y a qu'un peu d'épaississement avec teinte opaline de la valvule tricuspide. Quant aux caillots, ils me paraissent tout récents ; on en trouve de semblables chez tous les malades qui ont succombé à une affection aiguë du cœur ou des poumons.

La nature blennorrhagique du rhumatisme, auquel a succombé ce malade, n'est pas bien prouvée. C'était un rhumatisant ; il n'y a peut-être eu qu'une coïncidence entre sa blennorhagie et sa seconde atteinte de rhumatisme articulaire aigu.

M. H. MOLLIÈRE. Mon ami M. Lacassagne a fait un mémoire remarquable sur les accidents cardiaques dans la blennorrhagie, et M. Valter (de Strasbourg) a publié une vaste statistique comprenant tous les cas connus. Depuis ces travaux, on ne peut refuser d'admettre la fréquence des complications cardiaques du rhumatisme blennorhagique.

M. HORAND. Il n'y a pas longtemps que M. Dron niait le rhumatisme blennorrhagique ; il l'admet aujourd'hui et même avec beaucoup de facilité, car sa seconde observation est très-discutable. Il est un caractère qui seul peut faire admettre la nature blennorrhagique du rhumatisme chez ceux qui ont eu antérieurement un rhumatisme, c'est la répétition de l'affection articulaire à chaque nouvelle chaude-pisse. Ce caractère manque, et pour cause, au malade de M. Dron. Quant aux complications cardiaques, elles ne sont pas très-rares, témoin le cas de M. P. Meynet.

M. ICARD. On admet trop facilement la nature blennorrhagique du rhumatisme; toutes les fois qu'un malade se présente avec une blennorrhagie et un rhumatisme, on dit rhumatisme blennorrhagique ; la question n'est pas si simple. D'autre part, j'ai cité, dans une discussion récente, des faits bien avérés d'uréthrite rhumatismale, ce qui complique encore le diagnostic. En somme, je ne crois pas à la nature blennorrhagique du rhumatisme dans le deuxième fait de M. Dron.

M. HORAND. Le rhumatisme doit avoir des rapports bien évidents avec la blennorrhagie pour que sa nature ne puisse être mise en doute. Sous ce rapport, l'observation de M. Meynet me paraît très-probante. Un individu, qui jamais auparavant n'avait eu de rhumatisme, prend une chaude-pisse, va au bain, se refroidit ; rhumatisme polyarticulaire consécutif, pleurésie, endopéricardite, guérison ; tout s'enchaîne depuis la blennorrhagie.

M. DRON. Je n'ai jamais nié le rhumatisme blennorrhagique, j'étais même assez disposé à l'admettre ; mais la statistique que j'ai dressée (400 blennorrhagies, 6 rhumatismes) ne me permettait pas de regarder le rhumatisme comme une complication fréquente de la blennorrhagie. Quant aux complications cardiaques, elles sont plus rares que ne le pense M. Mollière ; depuis quatre ans que j'examine le cœur de mes malades atteints de blennorrhagie. je n'ai encore trouvé que le cas que je viens de présenter, sur lequel j'ai

fait, du reste, des réserves au point de vue de l'origine blennorrhagique du rhumatisme.

M. Aubert. J'en suis encore à me demander si le rhumatisme blennorrhagique est aussi fréquent que l'ont dit quelques auteurs et si le plus grand nombre des faits décrits sous ce titre ne sont pas des rhumatismes vulgaires survenus chez des blennorrhagiques. Il ne faut pas oublier que le rhumatisme et la blennorrhagie sont deux maladies excessivement communes, et que la coexistence de ces deux affections chez le même individu est relativement très-rare. La blennorrhagie ne joue peut-être vis-à-vis du rhumatisme que le rôle d'une cause occasionnelle, chez un sujet prédisposé; il en est de même de la scarlatine, de l'état puerpéral, etc. Ainsi, j'ai vu un jeune homme de vingt-trois ans qui prit une chaude-pisse et un rhumatisme articulaire aigu; trois ans après, il eut la scarlatine et un rhumatisme aigu.

M. Clément. Pour que la nature blennorrhagique du rhumatisme ne soit pas douteuse, il faut qu'il ne reconnaisse pas d'autre cause que la blennorrhagie. Ainsi, dans le cas de M. Meynet, le refroidissement qui a précédé le rhumatisme enlève toute valeur à cette observation. Quant à son deuxième fait, je crois que M. Dron fera bien de le rayer de sa statistique.

M. Horand. Il ne faut pas cependant supprimer toutes les causes occasionnelles. Plusieurs observations du mémoire de Vœlker peuvent être résumées ainsi : blennorrhagie, bain, refroidissement, rhumatisme. Le rapport n'en est pas moins évident entre la blennorrhagie et le rhumatisme. Ce que je veux démontrer, c'est qu'il y a une relation entre la muqueuse du canal et les séreuses articulaires, et que les affections de l'une peuvent retentir sur l'autre ; M. A. Fournier ne dit-il pas : Donnez-moi un catheter, je vous ferai un rhumatisme.

M. Icard. On ne peut nier l'existence du rhumatisme consécutif au cathétérisme, mais il est excessivement rare. Les traumatismes du canal sont très-fréquents ; combien de fois cependant les avons-nous vus suivis de rhumatismes? J'ajoute que, dans ce cas, il est toujours mono-articulaire.

M. Laroyenne. Ceux qui soutiennent la nature blennorhagique du rhumatisme devraient bien insister sur ses caractères anatomo-pathologiques, qui ne me paraissent rien présenter qui le distingue du rhumatisme consécutif à d'autres affections. Bien des états prédisposent au rhumatisme : la grossesse, l'accouchement, la scarlatine, la blennorrhagie et jusqu'au traitement de la blennorrhagie par les bains. Il est même etonnant que le rhumatisme ne soit pas plus fréquent, vu le nombre de malades qui prennent des bains dans la période aiguë de la blennorrhagie.

M. Tripier. Nous voyons beaucoup de rhumatismes dans les hôpitaux, cependant nous en trouvons bien peu qui puissent être rapportés à la blennorrhagie. Je ne sais si les rhumatisants sont plus sujets à la blennorrhagie et à ses complications, mais j'ai vu plusieurs fois des cystites survenir dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, en dehors de toute influence cantharidienne. Il est donc possible que le rhumatisme constitue une prédisposition à la blennorrhagie.

M. HORAND. M. Tripier soulève une question toute différente. D'après M. Bonnière, les sujets arthritiques sont prédisposés à avoir des écoulements à chaque accès. Il est vrai qu'il range indistinctement parmi les arthritiques les rhumatisants et les goutteux.

Le secrétaire annuel, PATEL.

SOCIÉTÉ DES CONFÉRENCES ANATOMIQUES.

PRÉSIDENCE DE M. FOLTZ.

Séances du 20 *novembre*, *du* 4 *et du* 18 *décembre* 1873.

TÉRATOLOGIE ET ANATOMIE ANORMALE : 1° *Monstre nosencéphale*, par M. G. Roux. — Ce monstre est un enfant du sexe masculin, né d'une femme primipare, âgée de vingt huit ans, qui, dès le début de sa grossesse, avait pris des infusions d'absinthe. Le fœtus est venu à terme ; il s'est d'abord présenté par le siége, puis est venu par la tête. Le travail a duré onze heures. Le délivre ne présentait rien de particulier. Au dire de l'accoucheuse, l'enfant a respiré deux heures ; l'examen des poumons a, du reste, prouvé qu'il y avait eu réellement respiration. Le poids du fœtus, au moment où il a été remis à l'Ecole de médecine, était de 2 kilogr. 315 grammes. Sa hauteur, mesurée de la protubérance occipitale à l'anus, est de 27 centimètres. L'écartement du milieu des deux crêtes iliaques est de 11 centimètres. Une épaisse couche de graisse double partout la peau. Ce fœtus présente un nombre considérable d'anomalies qui peuvent se diviser en simples et composées ; les anomalies simples consistent en double bec de lièvre, absence d'un doigt à la main gauche, imperforation de l'anus, absence de plusieurs orteils aux deux membres inférieurs, soudure plus ou moins complète de la jambe et de la cuisse droites. Les anomalies composées sont plus graves et sont caractérisées par une hernie de la masse cérébrale à travers la voûte crânienne imparfaitement développée ; l'absence complète du bras, de l'avant-bras et de la main du côté droit.

A la partie postérieure de la tête, tumeur bilobée d'un rouge brun, représentant la masse cérébrale entourée de ses méninges; l'écaille de l'occipital, les pariétaux et la partie supérieure du frontal font en grande partie défaut. Quelques rares cheveux châtains forment une couronne à toute la tête. Les pavillons auriculaires sont assez bien conformés. Les globes oculaires sont normaux. A droite, l'ouverture palpébrale est petite. Les os du nez ne sont représentés que par les apophyses montantes du maxillaire supérieur ; la charpente cartilagineuse n'est nullement développée ; le lobule ne fait aucun relief ; pas de sous-cloison; les narines sont rudimentaires et communiquent avec la cavité

buccale. Le maxillaire supérieur présente la division en os incisif et en maxillaire proprement dit ; une échancrure profonde de chaque côté conduit des narines dans la cavité buccale. La lèvre supérieure se trouve par cela même divisée en deux parties formant les côtés latéraux d'un trapèze dont la base est constituée par la lèvre inférieure, et le côté supérieur par le bord inférieur de l'os incisif. Langue bien conformée, maxillaire inférieur normal. Le membre supérieur droit fait totalement défaut, à l'exception de l'omoplate et de la clavicule qui est très-developpée, ainsi que le muscle sous clavier. Le grand pectoral de ce côté n'est représenté que par quelques fibres musculaires qui viennent se joindre au petit pectoral, et, comme lui, s'insérer à l'apophyse coracoïde. Le grand dorsal est très-peu volumineux, et s'attache avec le grand rond à un tendon qui est commun au grand et au petit pectoral, et s'attache, par conséquent, aussi à l'apophyse coracoïde. Le plexus brachial n'est représenté que par le nerf du grand dentelé, qui est très-volumineux.

A gauche, le membre supérieur est bien conformé; seulement la main n'a que quatre doigts. Est-ce le pouce qui fait défaut? Nous n'oserions l'affirmer, parce que les muscles de l'éminence thénar existent en partie.

La jambe droite, fortement fléchie sur la cuisse, lui est fortement soudée en dedans, et présente en dehors une sorte de pont charnu qui relie ces deux segments du membre inférieur. On trouve, en outre, appendue à la partie inférieure de la cuisse droite, une petite tumeur graisseuse pédiculée dans l'intérieur de laquelle se trouve un petit osselet de 1 centimètre environ de longueur, et qui ressemble un peu à un humérus très-raccourci. Cet humérus et les parties molles qui l'entourent se seraient-ils détachés du membre supérieur droit, dont il ne reste que l'épaule, pour se souder à leurs homologues de la cuisse? Les orteils du côté droit, comme ceux du côté gauche, sont représentés par des saillies assez informes, au nombre de trois pour chaque pied, dans lesquelles on peut reconnaître des rudiments de phalanges; les pieds sont fortement contournés en dedans. L'examen des organes internes ne présente rien de particulier à noter. Les poumons, le cœur, chez lequel il y a persistance du trou de Botal, le foie, l'estomac, la rate, le pancréas et les reins sont normalement conformés et disposés de la façon ordinaire, sans aucune sorte d'inversion. L'intestin, probablement à cause de l'imperforation de l'anus, est rempli de méconium. Le pénis est bien conformé. Les bourses existent, mais il n'y a un testicule avec son épididyme que du côté gauche. Du côté droit, le scrotum est atrophié, et le testicule manque complétement.

En examinant et en pesant ces diverses anomalies, on est d'abord embarrassé pour savoir dans quel groupe de la classification de Geoffroy Saint-Hilaire l'on doit placer ce monstre. Il y a, en effet, ici et simultanément, de l'exencéphalie, de l'ectromélie,

de la monorchidie, etc. Au premier abord, nous avions rangé ce fœtus dans la famille des *exencéphaliens* et dans le genre *hypérencéphale*; mais, nous rendant à la judicieuse remarque de M. le professeur Foltz, que la masse représentant le cerveau était une tumeur sanguine plutôt que de la matière nerveuse, nous avons pensé que la véritable place du monstre était dans la famille des *pseudencéphaliens* et le genre *nosencéphale*, quoique les monstres de cette catégorie ne soient que rarement affectés d'anomalies aussi complexes et aussi nombreuses. Il est regrettable que l'examen microscopique de la tumeur n'ait pu être fait. Un fait remarquable, c'est que, parmi les viscères importants, il n'y a absolument que le cerveau qui soit en rapport avec les anomalies si complexes de l'extérieur du corps, aucun des autres organes internes n'ayant subi de modifications.

2° *Pouce double*, par M. Morat. La main droite d'un homme offre deux pouces, dont un externe plus petit et l'autre interne. Le métacarpien unique, à direction normale, s'élargit dans sa partie inférieure, et présente deux articulations distinctes pour deux phalanges surmontées chacune d'une phalange unguéale. Les muscles, comparés à ceux d'un pouce normal, ont subi les modifications suivantes : le long extenseur se divise inférieurement en deux chefs : l'un qui s'insère à la seconde phalange du pouce interne, et l'autre qui se divise entre les premières phalanges des deux pouces. Le court extenseur s'insère seulement aux deux phalanges du pouce externe; le long abducteur est normal; le court abducteur va au pouce externe. Le court fléchisseur va au pouce externe et envoie une expansion à l'interne. L'opposant est normal. L'adducteur du pouce ou premier interosseux palmaire se partage en deux muscles, qui vont respectivement à chacun des deux pouces : le muscle externe naissant du carpe et du premier métacarpien va au pouce externe, le muscle interne naissant à l'ordinaire du troisième métacarpien va au pouce interne.

3° *Branche du nerf obturateur passant par-dessus le pubis*, par M. Pasquet. Ce filet, long d'environ 30 centimètres, naît au niveau de la racine moyenne du nerf obturateur et du nerf crural, descend obliquement en bas, en dehors et en avant, appliqué sur le muscle iliaque; arrivé à la hauteur de l'éminence iléo-pectinée, il s'engage dans une sorte d'anneau ostéo-fibreux, et vient s'anastomoser avec le nerf obturateur à 3 centimètres de sa sortie du trou sous-pubien.

4° *Quatrième valvule à l'artère pulmonaire*, par M. Durand. La valvule supplémentaire est beaucoup plus petite que les trois autres, et présente absolument la même configuration. Pas de maladie de cœur.

5° *Origine de l'artère obturatrice à l'épigastrique*, par M. Tuloup. Chez un homme, à gauche, l'obturatrice et l'épigastrique nais-

sent par un tronc commun de un centimètre et demi de longueur, qui contourne le cordon spermatique. Après s'être détachée du tronc commun, l'obturatrice s'enfonce verticalement derrière le pubis pour gagner l'orifice interne du canal sous-pubien. Dans ce cas, l'épigastrique a, pour M. Foltz, la valeur d'une véritable aorte antérieure, au point de vue de la dualité antéro-postérieure.

6° *Anomalie des branches du tronc cœliaque, et notamment artère hépatique double*, par MM. Dupuis et Barnay. Le tronc cœliaque donne, dans ce cas, naissance à cinq artères : 1° la coronaire stomachique ; 2° la splénique ; 3° la gastro-épiploïque droite ; 4° l'hépatique ; 5° les diaphragmatiques inférieures. La coronaire stomachique donne plusieurs branches à l'estomac, puis elle se termine par une forte branche destinée au lobe gauche du foie. La gastro-épiploïque droite, qui naît directement du tronc cœliaque, fournit la pylorique, un rameau pancréatique et un rameau duodénal. L'hépatique fournit un rameau pancréatique, l'artère cystique, et se divise ensuite en trois branches destinées au lobe droit du foie. La splénique est normale. Les diaphragmatiques inférieures naissent par un tronc commun.

7° *Anomalie des artères de la jambe*, par M. Sabatier. La tibiale antérieure, à son quart inférieur, se divise en deux branches : une interne plus petite, mais qui continue la direction du vaisseau ; l'autre, externe, plus forte et qui représente une péronière antérieure ; toutes les deux se rejoignent pour former la pédieuse. Le tronc tibio-péronier est normal ; la péronière postérieure semble en être la véritable continuation ; elle est beaucoup plus volumineuse que la tibiale postérieure, avec laquelle elle communique au quart inférieur par une branche transversale très-forte, qui s'anastomose aussi très-largement avec la tibiale antérieure et avec la péronière antérieure qu'elle concourt à former. Ainsi, développement des péronières, diminution correspondante des tibiales, en vertu de la loi du balancement des organes.

8° *Anomalie de volume de l'artère sous-clavière droite*, par M. Charcot. Le tronc brachio-céphalique, d'environ 15 millimètres de diamètre, se partage, après 5 centimètres de trajet, en carotide primitive qui a son volume normal de 8 millimètres, et en sous-clavière qui conserve le volume considérable du tronc brachio-céphalique. Après un trajet de 3 centimètres, la sous-clavière qui a émis la vertébrale sans changer de volume, donne une forte thyroïdienne inférieure de 7 millimètres et tombe brusquement à un diamètre de 8 millimètres, qui est son volume normal. Le tronc innominé semble donc se prolonger aux dépens de la sous-clavière, et se diviser en thyroïdienne inférieure et sous-clavière.

9° *Variété d'origine, de volume et de rapport de la fémorale*

profonde, par M. Faucon. La fémorale profonde naît, dans ce cas, à quelques millimètres au-dessous de l'arcade crurale, et à la partie supérieure et externe de la fémorale superficielle ; elle est à peu près du même calibre que celle-ci ; elle lui reste parallèle l'espace de 6 centimètres environ, et se trouve située sur un plan plus antérieur. Elle fournit : 1° la grande musculaire ; 2° la circonflexe interne, qui est très-flexueuse ; 3° les branches perforantes, qui sont aussi les branches de terminaison.

Pour M. Foltz, l'artère fémorale profonde ne représente pas une seconde fémorale, pas plus que l'humérale profonde n'est une seconde humérale. A la cuisse, le fait de la dualité de l'artère fémorale se présente très-rarement, et, dans ce cas, la seconde fémorale est représentée par l'ischiatique, très-développée, qui se continue alors avec la poplitée.

10° *Anomalie du fléchisseur sublime*, par M. Badolle. Outre les quatre faisceaux que le muscle fournit normalement aux quatre derniers doigts, il en est un cinquième, surnuméraire, dont le tendon va se confondre avec le tendon que le fléchisseur profond envoie au petit doigt.

11° *Biceps à trois chefs*, par M. Cogniard. Le chef surnuméraire est plus petit que les deux autres : il naît au-dessous de l'insertion inférieure du coraco-brachial, et s'attache en bas à la partie interne du tendon bicipital, et surtout de l'expansion aponévrotique de ce tendon. L'anomalie existe chez un homme des deux côtés.

12° *Biceps à trois chefs*, par M. Augagneux. Cette anomalie est absolument semblable à la précédente ; elle a lieu à gauche chez un homme.

13° *Fasciculation des muscles extenseurs des doigts*, par M. Cogniard. La portion de l'extenseur commun des doigts qui est destinée à l'annulaire se divise en trois faisceaux charnus, auxquels font suite autant de tendons qui se soudent en un seul au niveau de l'extrémité supérieure de la première phalange. Le faisceau de l'auriculaire partage son tendon entre ce doigt et l'annulaire. L'extenseur propre du petit doigt est double et se partage aussi entre ce doigt et l'annulaire. Le long extenseur du pouce est formé de deux muscles parfaitement distincts s'insérant à des hauteurs différentes. Il y a deux longs abducteurs ; le court extenseur semble manquer.

14° *Anomalie du long supinateur*, par M. Magnanon. Le long supinateur prend son insertion humérale plus haut que de coutume ; il naît à partir de l'empreinte deltoïdienne, et, à son côté interne, il se confond par quelques-unes de ses fibres avec le brachial antérieur. L'anomalie existe des deux côtés.

Le secrétaire annuel : Gabriel Roux.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE MÉDICALE.

Fièvre typhoïde grave chez un enfant (*traitement par la méthode de Brand, 40 bains. Guérison rapide*), par M. Sézary. — Depuis que nous avions eu connaissance du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids répétés, le caractère rationnel de cette méthode, ainsi que l'expérience personnelle déjà ancienne que nous avons des pratiques hydrothérapiques, nous avaient fait concevoir les plus grandes espérances de ses résultats. Déjà, nous avions, en plusieurs occasions, traité la fièvre typhoïde par des applications de compresses froides sur le ventre et des lavages au vinaigre sur tout le corps, d'après les conseils de Jaccoud. Nous avions eu deux succès sur deux malades; chez l'un d'eux, à la suite d'une hémorrhagie intestinale abondante, la température était montée de 39 à 41°, ce qui prouve en passant que cette complication n'est pas aussi innocente que Trousseau et autres le disent. Nous pouvons ajouter ici, comme correctif à la satisfaction que nous éprouvâmes de notre réussite dans ce cas extrêmement grave, que la famille du malade, effrayée de notre thérapeutique insolite, nous remplaça, le docteur Caussanel et moi, qui étions chargés du traitement, par deux autres confrères, qui eurent ainsi les honneurs de la cure. Peu ému par ce fait de pratique civile qui n'étonnera aucun de nos confrères, nous étions personnellement décidé à recommencer l'épreuve à la première occasion; à quelques jours de là, nous fûmes appelé auprès d'un jeune enfant de dix ans, qui, sans prodromes et à la suite d'un catarrhe gastro-intestinal aigu, fut pris d'une fièvre typhoïde.

Le quatrième jour, au soir, le thermomètre marquait 41°. Pendant les trois jours suivants, il varia entre 39°7 et 40°8. L'éruption de taches rosées de plus en plus confluente, la sécheresse de la langue, l'hébétude de la face, les soubresauts des tendons, la fréquence du pouls (140), la somnolence continuelle du malade lui donnaient un aspect typhique de plus en plus marqué.

C'est à ce moment, au huitième jour de la maladie et le thermomètre marquant 40°5 dans l'aisselle, à une heure de l'après-midi, que le traitement de Brand fut institué dans toute sa rigueur.

Toutes les trois heures, la température du malade serait prise, et tant qu'elle serait au-dessus de 38°5 *le malade serait plongé jusqu'au cou dans un bain d'eau à* 20° *pendant un quart d'heure.*

La nuit même, à deux heures du matin et après le quatrième bain, la peau du malade devenait moite et perdait cette sécheresse des typhiques si pénible au toucher. L'enfant était déjà gai et confiant.

Le lendemain, neuvième jour, l'aspect du malade était si rassurant qu'on lui donna un tapioca léger après le dixième bain, administré par une température de 39°7. Trois heures après, le thermomètre était à 40°7, et ce ne fut que neuf heures après que la température redescendit d'une manière sensible. Au dix-septième bain, troisième jour du traitement, le malade demandait à manger, mais l'expérience de la veille nous défendait d'accéder à ses désirs. Bref, au sixième jour du traitement et après le trente-septième bain, nous eûmes la satisfaction de voir la température rester, trois heures après le bain, au-dessous de 38°5. Nous pûmes laisser le malade en repos. Enfin, après le quarantième bain, le mal était décidément enrayé. Deux jours après, il prenait des aliments solides, mais sans ascension du thermomètre.

Nous ne saurions exprimer le contentement que nous éprouvâmes en voyant si rapidement céder des symptômes d'une gravité telle que le pronostic le plus fâcheux avait été porté par notre ami le docteur Gros, dont nous avions demandé les conseils au début de la maladie. Car, plein de confiance dans un traitement si rationnel et si énergique, nous l'avions proposé à la famille dès le sixième jour, tout en réclamant le concours d'un confrère pour partager la responsabilité que nous encourions. Pendant deux jours, il en retarda l'application, espérant que la marche de la maladie nous dispenserait d'en venir à des moyens dont l'appareil insolite ne pouvait être légitimé, selon lui, que par un danger urgent. Mais, au huitième jour, en présence d'une température qui, depuis quatre jours, restait au-dessus de 39°7 chez un enfant de neuf ans, et dont l'effet désastreux se traduisait par un coma vigil continu et un amaigrissement effrayant, il n'hésita plus à donner son consentement, en expliquant au père éploré qu'il était de notre devoir d'opposer à une maladie extrêmement grave, un traitement qui avait donné en d'autres mains de magnifiques résultats.

Si nous donnons tous ces détails, c'est pour nous laver du reproche que l'on pourrait nous faire de nous être battus contre des moulins à vents, et de regarder comme un succès inespéré un fait qui n'a rien que d'ordinaire. Il est certain que la rapidité vraiment extraordinaire de la guérison pourrait laisser des doutes sur la valeur réelle du traitement que nous avons appliqué, doutes que nous aurions sûrement éprouvés nous-mêmes si nous n'avions attendu l'apparition de symptômes suffisamment graves pour nous laisser bien convaincus que c'était à l'efficacité des bains froids et non à la bénignité du cas que nous devions notre réussite.

Le traitement par les bains froids répétés ne jugule pas la

maladie, dit Brand : l'ulcère typhique poursuit son cours, les symptômes seuls perdent cet aspect menaçant qui permet au plus ignorant de reconnaître une maladie redoutable. Tel n'a pas été l'effet des bains froids chez notre malade. Les symptômes ont perdu de leur gravité presque immédiatement; mais, de plus, au seizième jour de la maladie, on a pu nourrir le malade avec des aliments solides. Est-ce à l'âge de notre malade que nous devons la rapidité de l'amélioration et la si courte durée de la convalescence? Nous l'ignorons, mais, ce qui est positif, c'est qu'il présentait les symptômes les plus sérieux et que le traitement employé l'a rapidement mis hors de danger et rapidement guéri.

Cette observation est empruntée à l'*Alger médical*, n° du 1er avril 1874.)

Expériences sur la contagion de la petite vérole; par le docteur Zuelzer, de Berlin. — L'auteur a institué une série d'expériences sur le pouvoir infectieux du sang et du pus varioliques. Il s'est servi de singes cercopithèques dans ses diverses tentatives, et voici les résultats auxquels il est arrivé :

1° Quatre grammes environ de sang sont pris sur un individu atteint d'une variole très-grave, même quantité de pus est recueillie sur un autre varioleux. Ces deux liquides sont incorporés à des boulettes de mie de pain et ingérés aux animaux en expérience. — Résultat nul.

2° Dix jours après, on rase une partie du dos de ces animaux, en prenant des précautions pour que la peau ne soit pas entamée ; un bourdonnet de charpie est alors imprégné de pus variolique et maintenu sur la peau ainsi dénudée de ses poils pendant trois heures, puis on enlève le tout et on lave la partie. — Résultat nul.

3° Douze jours après, on inocule à la lancette du sang pris sur un varioleux, dans différents points du dos et de la surface interne des cuisses d'un des singes. Ce sang contenait un grand nombre de bactéries.

Le sixième jour après l'inoculation, la température commença à s'accroître ; elle marquait dans le rectum 100°,4 F. le matin et 102°,5 le soir : le onzième jour, elle était de 105°,5 à 106°,4. L'appétit, qui avait disparu, revint le neuvième jour. De nombreuses taches rouges apparurent vers le sacrum, d'autres sur la muqueuse de la gorge, au dos et à la surface interne des cuisses : elles devinrent bientôt papuleuses, puis se couronnèrent de pustules, qui séchèrent aussitôt.

4° On donna à un singe, pour jouer, de petits paniers de fils métalliques remplis de morceaux de linge fortement imprégnés de sang et de pus varioliques, ou mélangés de débris épithéliaux et de produits de la desquamation de varioles. Le quinzième jour, l'animal tomba malade et présenta les mêmes symptômes que plus haut.

M. Zuelzer conclut de ceci que dans la variole le sang est contagieux ainsi que le pus ; que la contagion ne se fait, ni par les organes digestifs, ni par la peau saine, mais qu'elle peut se produire par les voies respiratoires ou par inoculation sur la peau. (*The British med. journal*, 7 fév. 1874).

Nouveau moyen de rechercher le sucre dans l'urine, par M. C. Patresi. — On fait dissoudre à froid 2 grammes 1/2 de potasse caustique dans 60 grammes de silicate de potasse liquide. Quand la solution est complète, on la verse dans une fiole à large ouverture, que l'on bouche soigneusement avec du liége. On prépare ensuite quelques lamelles de fer blanc, longues de 7 à 8 centimètres, larges de 1 centimètre et, avec une baguette de verre, on verse sur l'une d'elles une goutte du mélange ci-dessus, puis on l'expose à la chaleur d'une lampe : on ajoute encore deux gouttes, on fait chauffer, après quoi on verse encore deux gouttes. La lame est alors préparée et peut se conserver pendant deux mois et plus.

Pour rechercher le sucre au lit du malade, on prend une lame, on la réchauffe légèrement à une flamme quelconque, ce qui fait gonfler la solution ci-dessus et lui fait prendre une belle couleur jaune serin; puis, à l'aide d'une baguette de verre ou d'un autre objet, on verse sur elle deux gouttes de l'urine suspecte et on chauffe de nouveau jusqu'à siccité. Si une coloration verte ne se montre pas encore, on ajoute deux autres gouttes d'urine et encore deux en faisant chauffer chaque fois.

Si l'urine est sucrée, au minimum dans les proportions de 4 à 5 de sucre sur 1,000 de véhicule, la coloration verte apparaîtra plus ou moins intense. Ce changement de couleur est dû à la décomposition de la glycose qui, réagissant sur le chromate de potasse, a réduit l'acide chromique à l'état de sesquioxyde ou oxyde vert de chrome. S'il n'y a pas de glycose cette coloration verte ne se produira jamais. (*Lo Sperimentale*, juillet 1873).

THÉRAPEUTIQUE.

Des injections sous-cutanées d'acide phénique, par le docteur Huter, de Greiswald. — Ce moyen serait, d'après l'auteur, un antiphlogistique local puissant trop peu connu et avec lequel aucun accident d'intoxication ne sera à craindre, si l'on a soin de pousser l'injection dans le tissu conjonctif ou dans le parenchyme des organes et non dans les vaisseaux. Il faut donc, avant de faire l'injection, bien s'assurer qu'il ne sort pas de sang par la canule de la seringue de Pravaz (instrument dont M. Hüter se sert); dans ce cas, en effet, on serait dans un vaisseau et il serait nécessaire de déplacer l'orifice de la canule, soit en l'enfonçant un peu plus profondément, soit en la retirant légèrement.

Toujours dans le but d'éviter le torrent sanguin, l'auteur recommande de ne pas faire les injections dans les tissus ni dans les tumeurs très-vasculaires ou trop près d'elles. En prenant toutes ces précautions, le liquide est déposé simplement au sein des tissus, d'où il est repris par le système lymphatique et versé seulement peu à peu et à petites doses dans le système sanguin, de sorte que tout accident d'intoxication devient impossible.

M. Hüter emploie, pour ses injections, une solution aqueuse d'acide phénique aux deux centièmes, il en injecte en une seule fois une ou deux seringues de Pravaz, jamais plus; la seringue contenant 90 centig. de liquide renferme donc moins de 2 centigrammes d'acide; par conséquent ce n'est que 2 à 4 centigrammes de ce médicament que l'auteur injecte chaque fois; si une seconde opération est nécessaire, il ne la répète pas avant un ou deux jours.

Il ne s'en suit ni douleur ni gonflement; le siége de la piqûre devient seulement un peu sensible. Les urines, si l'injection est faite suivant les règles précédentes, ne présentent même pas la couleur noirâtre caractéristique de l'imprégnation phéniquée.

Dans presque tous les cas une action antiphlogistique locale très-marquée succède à l'injection parenchymateuse d'acide phénique, action que l'auteur a pu utiliser particulièrement dans les cas suivants :

1° Dans les tumeurs blanches du genou (synovite hyperplasique granuleuse). L'injection doit être faite au centre de la tumeur et doit être répétée tous les deux ou trois jours, suivant le degré de chronicité de la maladie. La douleur diminue bientôt, ainsi que la fièvre, et le gonflement lui-même décroît peu à peu;

2° Dans le gonflement glandulaire subaigu avec tendance à la suppuration; dans l'adénite inguinale ou fémorale, par exemple, bientôt après l'injection on voit diminuer la douleur, le gonflement, la rougeur et l'œdème. Plusieurs injections sont quelquefois nécessaires pour une guérison complète;

3° Dans le phlegmon aigu sous-cutané, l'injection doit être faite à la périphérie, de manière à ce que l'acide phénique soit transporté par les lymphatiques peu à peu dans le siége du mal. Si le phlegmon est étendu on peut faire plusieurs injections en différents points de son périmètre. Au bout de quelques heures la douleur et le gonflement diminuent, et la guérison se fait sans suppuration même quand celle-ci était imminente;

4° Dans l'érysipèle M. Hüter conseille ce mode de traitement. Le docteur Wilde, de Plau, du reste, a employé avec succès dans ces cas des injections sous-cutanées de sulfocarbolate de soude;

5° Enfin, l'auteur pense que l'on pourrait employer l'injection parenchymateuse d'acide phénique dans les cas d'inflammation des reins, du foie, de la rate ou des poumons, mais il conseille

d'essayer d'abord sur des animaux avant de tenter cette opération sur l'homme. (*The British med. journ.*, 14 fév. 1874.)

Quelques considérations sur l'emploi de la ciguë, par le docteur Henry Kennedy. — L'auteur pense que le discrédit dans lequel ce médicament précieux est tombé tient à la dose insuffisante à laquelle on l'administre et qui en fait une substance à peu près inerte. Suivant M. Kennedy, l'extrait de ciguë doit être donné à la dose de 75 centigr., et cette quantité peut être répétée deux ou trois fois par jour, sans aucun inconvénient. La meilleure préparation serait le suc de la plante fraîche, que l'on doit prescrire à la dose de 8 grammes, à répeter deux ou trois fois par jour. L'auteur a même donné, sans résultat fâcheux, des doses de 12 grammes et plus de suc frais à des adultes, et c'est ainsi qu'il a pu constater des effets thérapeutiques évidents. La poudre peut être prescrite en pilules ; mais le nombre élevé de pilules qu'il faut prendre dans ce cas rend l'administration du remède incommode sous cette forme. Pour arriver à un résultat thérapeutique, il faut que la dose du remède soit assez élevée pour produire quelque effet physiologique.

En suivant ces principes, M. Kennedy a constaté chez la ciguë, outre une action sédative bien connue, de puissantes propriétés toniques et reconstituantes, et il a obtenu de très-heureux résultats du médicament dans les affections suivantes:

Phthisie pulmonaire. — Dans un certain nombre de cas, l'auteur a vu les malades reprendre des forces, engraisser, recouvrer leur appétit et les apparences d'une bonne santé, sous l'influence du suc de ciguë. Cette transformation de leur état général s'est toujours faite très-rapidement, en trois semaines environ. Si, au bout de quinze jours, aucune amélioration ne s'était produite, M. Kennedy n'hésite pas à dire que l'expérience serait suffisante pour déclarer la ciguë impuissante dans ce cas et pour que l'on soit autorisé à en cesser l'emploi.

Affaiblissement général. — La ciguë a rendu à l'auteur de très-grands services dans des cas de scrofules, de bronchites chroniques, de rhumatisme chronique chez des personnes anémiques et de constitution pauvre et affaiblie. Les mêmes effets toniques que plus haut n'ont pas tardé à se manifester. L'amélioration a été si rapide que M. Kennedy compare dans ces cas l'action de la ciguë à celle de l'huile de foie de morue, avec cette supériorité en sa faveur qu'elle est plus facile à prendre et meilleure au goût que cette huile.

Ténesme vésical. — L'auteur a calmé très-facilement par la ciguë les fréquentes envies d'uriner et même les douleurs qui accompagnent la miction dans certaines maladies de la vessie, autres cependant que les calculs urinaires. C'est un remède très-précieux dans ces cas et qui peut souvent trouver son indication chez les jeunes enfants

Aphonie. — M. Kennedy cite l'observation d'une jeune femme qui, depuis plusieurs semaines, souffrait d'une extinction de voix rebelle aux moyens ordinaires. Le suc de ciguë eut rapidement raison de la maladie, et la guérison ne se démentit point.

Affections douloureuses diverses. — L'auteur a donné avec le plus entier succès le suc de ciguë dans des cas de douleurs inflammatoires des ovaires ou de l'abdomen. Dans tous ces cas la douleur et les autres signes de l'inflammation ont rapidement disparu. (*The Dublin journ. of med. science*, janv. 1874.)

Substitution de l'iodure d'ammonium à l'iodure de potassium. — M. Ph. Carat a entrepris sur l'action thérapeutique de l'iodure d'ammonium une série de recherches et d'expériences qui l'ont amené à démontrer que dans bon nombre de cas l'iodure d'ammonium mérite d'être préféré à l'iodure de potassium.

Ainsi dans la syphilis, l'iodure d'ammonium, impuissant comme l'iodure de potassium au moment des accidents secondaires, guérit assez rapidement les accidents tertiaires; périostoses, gommes, etc. M. Carat apporte à l'appui de son assertion un assez bon nombre d'observations, et parmi ces observations nous en trouvons quelques-unes où l'on avait eu recours, en premier lieu, à l'iodure de potassium sans en retirer aucun effet appréciable. Les doses nécessaires pour obtenir l'effet désiré sont plus faibles avec l'iodure d'ammonium qu'avec l'iodure de potassium. M. Carat n'a jamais été obligé de donner plus de 50 centigrammes à 1 gramme d'iodure d'ammonium aux malades qu'il a soumis à cette méthode de traitement.

L'iodure d'ammonium est appelé aussi à remplacer d'une façon très-avantageuse l'iodure de potassium dans le traitement de la scrofule et du rhumatisme.

Si l'on veut en faire usage contre la tuberculisation pulmonaire, il faut avoir le soin de distinguer la phthisie des lymphatiques, la phthisie torpide, qui a besoin d'un traitement à la fois résolutif et stimulant d'avec la phthisie accompagnée de fièvre dans laquelle les agents du traitement doivent être empruntés à la classe des médicaments sédatifs. Dans cette dernière forme on emploiera de préférence l'iodure de potassium, qui paraît agir comme un modérateur de la nutrition, tandis que l'iodure d'ammonium conviendra mieux à la première forme. (*Gazette hebdomadaire* du 20 mars 1874.)

Emploi simultané de la morphine et du chloroforme ou de l'éther pour produire l'anesthésie. — En 1869, M. Cl. Bernard annonçait qu'en pratiquant sur un animal une injection sous-cutanée de morphine, quelques minutes avant de lui faire respirer du chloroforme, on n'avait besoin pour

produire l'anesthésie que d'une très-faible quantité de chloroforme, et de plus que le sommeil produit de cette façon se prolongeait très-longtemps.

En 1872, MM. Labbé et Goujon ont mis à profit la découverte de M. Cl. Bernard. Ils ont chez leurs opérés fait précéder les inhalations de chloroforme d'une injection sous-cutanée de deux centigrammes de morphine ; et cette méthode leur a procuré l'avantage d'une anesthésie très-rapide et en même temps très-complète.

M. Guibert, dans une note communiquée au mois de mars 1872 à l'Institut, prétend que cette manière d'opérer produirait, suivant qu'on prolonge plus ou moins les inhalations du chloroforme, deux états bien distincts : l'analgésie d'abord, l'anesthésie ensuite. Par analgésie, il entend dire un engourdissement de sensibilité qui est suffisant pour la pratique des petites opérations et qui ne s'accompagne pas de la perte complète de l'intelligence. Il suffirait pour obtenir cet état, après l'injection sous-cutanée de morphine, de faire respirer pendant quelques instants au patient la vapeur qui s'échappe d'un flacon de chloroforme à ouverture étroite.

Les chirurgiens que nous venons de citer n'ont essayé que l'association du chloroforme à la morphine. Il est évident que les inhalations d'éther pourraient, avec tout avantage, être substituées à celles du chloroforme dans cette méthode d'anesthésie mixte.

Quelques chirurgiens, effrayés par les accidents que détermine si fréquemment le chloroforme, ont essayé de lui substituer divers mélanges, la mixture, par exemple, de six parties d'éther pour deux de chloroforme. On a eu ainsi une mortalité moins forte qu'avec le chloroforme pur, mais double encore de celle qu'on reproche à l'éther.

Richardson préconise un autre mélange anesthésique, celui de l'éther avec le bichlorure de méthylène dans la proportion d'une partie du premier pour deux du second. L'éther méthylique a encore été vanté comme infiniment moins dangereux que l'éther sulfurique. Mais les assertions des chirurgiens qui croient arriver avec ces nouveaux agents à diminuer les dangers de l'anesthésie, ont besoin d'être prouvées par une plus longue expérience, et jusqu'à présent rien ne démontre que l'éther n'est pas encore le meilleur des anesthésiques. (*Journal thérapeutique.*)

REVUE DES LIVRES

Examen de quelques points de la physiologie du cerveau, par le docteur Eugène Dupuy, in-8° de 37 pages, chez A. Delahaye, Paris, 1873

« Quand on ne comprend pas ce qu'on dit et que ceux à qui on « parle ne comprennent pas non plus, on fait de la métaphysique. L'auteur nous prévient qu'il n'en sera nullement question dans son travail ; nous ne saurions trop nous en féliciter. Suivons-le donc dans l'examen des diverses théories émises sur les fonctions du cerveau.

Dunn, Todd et Carpenter divisent en deux catégories les ganglions du mésocéphale : aux couches optiques appartiennent les facultés sensorielles et sensitives, et aux corps striés la faculté motrice. L'action de ces deux centres est croisée. Pour Broadbent, bien que l'action des centres soit croisée, il existerait des conducteurs faisant dépendre une moitié du corps des centres correspondants en même temps que de ceux du côté opposé.

Meynert considère la couche corticale du cerveau comme un *plan de projection* et le monde extérieur comme l'*objet projeté*. Les sensations diverses fournies par les différentes portions du corps donnent au cerveau la représentation d'une partie de l'objet projeté. Les pédoncules cérébraux comprennent deux couches : la *basis cruris*, partie basilaire des pédoncules et le *tegmentum cruris*, partie supérieure des pédoncules. La basis cruris vient principalement du corps strié et du noyau lenticulaire, et le tegmentum de la couche optique et des corps quadrijumeaux. La partie basilaire se découvre dans la moelle allongée, puis se rend à la moitié latérale et opposée de la moelle épinière, le tegmentum se jette sans décussation dans les cordons antéro-latéraux du même côté de la moelle.

Quant à leurs fonctions respectives, le tegmentum et ses ganglions d'origine présideraient principalement aux actes réflexes ; la basis cruris avec ses ganglions transmettrait aux muscles les ordres de la volonté,

Les lobes postérieurs reçoivent les cordons postérieurs de la moelle après leur entrecroisement au niveau des pyramides postérieures.

Meynert conclut que la couche corticale reçoit, emmagasine et transmet des impressions de toutes sortes, mais ne peut leur donner naissance.

Les gros ganglions moteurs centraux, le corps strié et le noyau lenticulaire tirent la plupart de leurs fibres des lobes

pariétaux et antérieurs ; ainsi s'expliqueraient les mouvements déterminés du côté opposé du corps par l'irritation de certains points de la couche corticale antérieure.

L'auteur rapporte ensuite les expériences entreprises par Ferrier et les conclusions qu'il en donne :

1° La partie antérieure du cerveau seule est motrice et le siége actif des manifestations extérieures de l'intelligence ;

2° Chaque circonvolution est un centre séparé et distinct ; dans certains groupes définis de ces circonvolutions et dans des parties correspondantes des cerveaux sans circonvolutions sont localisés les centres des différents mouvements des paupières, de la face, de la main, etc., etc.;

3° L'action des hémisphères, en général, est croisée ;

4° Les causes prochaines des différentes sortes d'épilepsie sont des lésions causant des décharges des différents centres des hémisphères cérébraux ;

5° La chorée est de même nature que l'épilepsie ;

6° Les corps striés ont une action croisée et sont des centres pour les muscles du côté opposé ;

7° Les couches optiques, la faux, l'hippocampe et les circonvolutions d'alentour n'ont point d'action motrice et sont probablement des centres de sensation;

8° Les lobes optiques ou corps quadrijumeaux non-seulement président aux fonctions, aux mouvements de l'iris, mais sont aussi les centres d'innervation des muscles extenseurs de la tête, du tronc et des jambes ;

9° Le cervelet est le centre coordinateur des muscles de l'œil (Ralon) de Luys : le cervelet aurait pour fonction de renforcer l'action nerveuse ; l'ablation du cervelet n'amène aucun trouble visuel) ;

10° De l'intégrité de ces centres dépend le maintien de l'équilibre du corps ;

11° Le nystagmus est une affection épileptiforme des centres cérébelleux moteurs des yeux.

Voici les conclusions auxquelles le docteur Dupuy est arrivé, de son côté, après avoir reproduit sur divers animaux les expériences de Ferrier :

Il est possible de faire naître, par l'irritation de points limités quelconques de la couche corticale du cerveau, des contractions dans tout un membre quelquefois. Généralement c'est le membre antérieur et du côté opposé.

Le courant électrique doit se propager jusqu'à la base du cerveau pour y exciter soit les nerfs qui en naissent, soit la base elle-même ou le bulbe.

Si on excite la dure-mère avec l'électricité, on obtient aussi des contractions dans une des pattes antérieures et généralement d'une manière croisée.

Toute la surface du cerveau est probablement un centre de

réflexion d'une certaine espèce de sensibilité capable d'agir par action réflexe sur des centres moteurs ou sensitifs, mais sa surface intégrale n'est pas indispensable à la manifestation d'actions volontaires et même intelligentes.

Après l'ablation des corps opto-striés, on peut encore produire des contractions des muscles de tout un membre du côté opposé.

L'auteur combat l'opinion de Ferrier sur le siége de l'épilepsie, rappelant que Brown Sequard produisait des attaques épileptiques sur des cobayes auxquels la masse encéphalique avait été enlevée. Il s'élève également contre la localisation du langage articulé en un point du cerveau (3e circonvolution frontale gauche), et reproduit des observations où l'aphasie fut causée par une lésion du cervelet ; par contre, il relate un cas de destruction absolue de la partie antérieure et frontale gauche de l'hémisphère cérébral chez un droitier, dans lequel la faculté du langage articulé subsista absolument intacte.

Le docteur Dupuy se croit en droit de conclure d'une manière générale que la plupart des prétendus centres moteurs ou sensitifs et sensoriels dans l'encéphale sont peut-être des endroits où souvent se manifestent des phénomènes d'ordre réflexe, et que bien souvent, soit par action réflexe, soit directement, les lésions cérébrales peuvent abolir ou pervertir la sensibilité spéciale et générale, ainsi que la transmission des ordres de la volonté aux muscles, en donnant naissance à un phénomène d'*arrêt* : la preuve en est fournie par la physiologie et par l'impuissance où l'on est arrivé à nous faire connaître la physiologie d'un processus morbide.

L'auteur termine ainsi son mémoire : L'état de la science ne permet pas de localiser en des parties définies des hémisphères les centres des facultés sensorielles, sensitives et motrices.

Etant donné une partie quelconque des hémisphères comme un centre de réflexion, ce centre acquiert toutes les apparences d'un centre fonctionnel.

Les symptômes des affections initiales sont dus soit à des *actions réflexes*, soit à des actions d'*arrêt*, actions *inhibitoires*.

F. Gromier.

Des névroses menstruelles, par le docteur Berthier, Paris, Adrien Delahaye, 1874.

On peut traiter un sujet de différentes façons : par la méthode analytique, on décompose chaque problème en ses éléments, on porte successivement la lumière sur chacun de ceux-ci, puis on coordonne à nouveau les éléments dissociés, et on apprécie aussi rigoureusement que possible les résultats nécessaires de cette combinaison. Quelques-uns cependant ne sauraient se soumettre à ces procédés d'un emploi difficile, mais relativement probants.

Ils prennent à tâche d'entasser les complications les unes sur les autres, d'embrouiller à l'infini les éléments d'un problème déjà complexe. Après quoi, et sous forme de conclusion, on enfonce quelques portes largement ouvertes, on développe une théorie absolument préconçue, et l'on estime que la science a déjà fait un grand pas.

Si une telle manière de faire a un mérite quelconque, ce n'est pas celui de la nouveauté; et tel livre qui porte le millésime de 1874 pourrait aussi bien être daté du siècle dernier ou des précédents.

Voici un livre de 300 pages environ qui relate 242 observations pour prouver..... qu'il y a des névroses liées à la menstruation. Cela est possible, même probable, puisqu'on l'admet généralement Mais la difficulté n'est pas là. A quoi reconnaître qu'une névrose est menstruelle, c'est-à-dire liée à la menstruation normale ou anormale, absente ou présente, car tout est ici confondu? Ecoutez la réponse textuelle de l'auteur : « La névrose « menstruelle, n'étant point issue d'un principe spécifique tel que « le cancer ou la syphilis, ne reçoit pas l'empreinte de son affec- « tion mère. Elle existe : parce que la cause qui l'a produite ne « l'a pas abandonnée; parce que les symptômes physiques et mo- « raux marchent de pair pour attester leur solidarité; parce que « le traitement qui parvient à détruire l'effet détruit toujours en « même temps la cause et rétablit la santé. » Ceci sera évidemment d'une grande utilité pratique pour tous ceux qui ont à traiter des maladies nerveuses chez les femmes. Quant aux *antagonistes* de l'auteur, qui sont souvent pris à partie dans l'ouvrage, les voilà confondus : nous ne savons trop quels sont ces adversaires ni *s'il en reste encore* (p. 233), mais, pour notre part, nous ne voudrions à aucun prix être confondu avec eux, tant cette conclusion nous paraît écrasante et bien justifiée. H. C.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences de Paris. — M. Balard, à son tour, étudie l'*action de l'eau sur le plomb*. Pour lui, le plomb s'oxyde au contact de l'eau aérée. S'il trouve dans cette eau un sel (sulfate, carbone) avec lequel cet oxyde puisse former un composé insoluble, ce composé se forme et, recouvrant le métal d'une espèce de patine fortement adhérente, il empêche l'attaque ultérieure. Mais si l'eau est pure, ou si elle contient des sels dont l'acide ne peut former un composé insoluble avec l'oxyde de plomb (nitrate, formiate, acétate, etc.) l'action est énergique Elle paraît même exaltée par la présence de ces sels, ce qui viendrait

à l'appui de l'opinion de M. Boussingault, qui assure que les eaux de drainage, riches en nitrates et coulant dans des tuyaux de plomb, ont déterminé des accidents mortels.

— Il a semblé curieux à M. de Sinéty de rechercher, après d'autres, quels sont les *effets consécutifs à l'ablation des mamelles chez les animaux jeunes et adultes.* Rien de nouveau ni d'intéressant, du reste. Chez les animaux jeunes, la mamelle s'est reproduite en partie, et même dans un cas il s'est formé un rudiment de mamelon ; chez les adultes, au contraire, la glande ne s'est pas reproduite. L'absence partielle ou totale des mamelles n'a eu aucune influence sur la fécondation, la gestation et la parturition.

— Enfin, M. Claudot décrit les pièces anatomiques, déposées au musée du Val-de-Grâce, provenant d'un saltimbanque espagnol, mort à quarante-cinq ans, et qui présentait un *cas singulier de monstruosité, par absence d'un des membres supérieurs, et conformation extraordinaire de l'autre.* A ce dernier, le radius et le cubitus faisaient entièrement défaut ; la main était privée des trois derniers doigts et des métacarpiens correspondants. L'extrémité inférieure de l'humérus avait sensiblement pris l'aspect de celle d'un radius ; le carpe était réduit à un seul os cuboïde ; les deux métacarpiens étaient soudés en haut, en bas et vers le milieu ; enfin le pouce et l'index, seuls présents, dont les premières phalanges étaient réunies supérieurement par fusion osseuse, constituaient une pince à tranches très-écartées et immobiles. En somme, on avait là une variété intermédiaire non encore décrite entre la phocomélie et l'hémimélie.

— Ajoutons que M. Bouillaud lit un long mémoire intitulé : *Recherches cliniques et expérimentales sur les mouvements et les repos du cœur, ainsi que sur le mécanisme du cours du sang à travers ses cavités, à l'état normal.* Ces idées et ces recherches datent de 1864 et ne présentent rien de nouveau pour nos lecteurs. (*Séance du 9 février.*)

Les récentes discussions qui ont eu lieu à l'Académie et des travaux antérieurs sur l'absorption, la diffusion histologique et l'élimination des sels de plomb insérés dans le journal de Robin, 1873 ont engagé MM. Mayençon et Bergeret à appliquer la méthode électrolytique à l'étude *de l'action des eaux douces sur le plomb métallique.*

Les auteurs ont d'abord cherché à expliquer les résultats contradictoires obtenus par l'insuffisance de l'hydrogène sulfuré employé comme réactif, quoiqu'il soit considéré comme fournissant la réaction la plus sensible. C'est cependant, en somme, cette réaction qu'ils emploient, corroborée par celle de l'iodure de potassium, mais après avoir réuni, condensé, accumulé tout le plomb existant dans la liqueur sur un fil de platine employé comme électrode, employé comme négatif.

Voici leurs conclusions : 1° le sulfure de plomb est soluble dans l'eau douce et aussi dans l'eau saturée d'hydrogène sulfuré ; — 2° l'hydrogène sulfuré n'accuse le plomb dans une liqueur que lorsque le métal y existe en certaine quantité ; — 3° les eaux douces de rivière plus ou moins calcaires et gypseuses, dissolvent le plomb métallique ; — 4° les eaux calcaires ou séléniteuses artificielles dissolvent aussi le plomb, mais en petite quantité ; — 5° l'eau de Saint-Etienne, distribuée dans les maisons particulières, les rues, les établissements publics, etc., renferme du plomb ; — 6° le plomb en petite quantité semble complétement inoffensif pour la santé publique, comme le démontre l'immunité dont jouissent les particuliers, les écoliers, les malades de Saint-Etienne, à Paris, et de toutes les villes où il y a des distributions d'eau ; — 7° il semblerait résulter, du reste, des recherches antérieures des mêmes auteurs que le plomb en petite quantité n'entre pas, par les voies digestives dans l'organisme.

— M. Pascal adresse une note relative à un *procédé de destruction des limaces et des mollusques terrestres nuisibles à l'agriculture.*

Ce procédé consisterait à arroser abondamment, par un temps sec, des emplacements de 1 à 2 mètres carrés, tous les 15 ou 20 mètres, sur le contour des terrains cultivés, et à couvrir ensuite ces emplacements d'herbes sèches et de feuilles dont les animaux sont friands. Au bout de deux ou trois jours, les limaces et autres mollusques s'étant rendus dans les herbes qui les auront attirés, il suffira d'y mettre le feu. L'auteur insiste particulièrement sur l'opportunité de ces moyens de destruction, après des hivers comme celui que nous traversons, les gelées ayant été insuffisantes pour détruire les animaux nuisibles. Recommandé à nos confrères qui exercent à la campagne.

— Observation de MM. Dujardin-Beaumetz et Hirne, à propos d'une communication précédente de M. Personne (séance du 12 janvier) pour réclamer la priorité de l'emploi de l'hydrate de chloral en solution comme antifermentescible et antiputride, leur travail ayant été présenté, en avril 1873, à la Société médicale des hôpitaux.

— M. Oré préconise les *injections de chloral dans les veines* comme un procédé anesthésique bien supérieur au chloroforme.

Il transmet à ce propos une observation portant sur un homme qui, à la suite d'un léger écrasement de l'extrémité du médius gauche, a vu survenir de la contracture des muscles masticateurs, suivi bientôt d'un tétanos traumatique confirmé.

Une première injection de 9 grammes d'hydrate de chloral dans 10 grammes d'eau pratiquée dans une des veines radiales droites amena un sommeil profond, pendant lequel il pratiqua l'avulsion de l'ongle et régularisa la plaie. Ce sommeil dura onze heures. Deux autres injections furent ensuite pratiquées le

lendemain et le surlendemain, et, au onzième jour de la maladie, le tétanos paraissait notablement amélioré.

— Enfin, M. Vulpian donne lecture d'un remarquable travail intitulé : *Expériences pour rechercher si tous les nerfs vasculaires ont leur foyer d'origine, leur centre vaso-moteur dans le bulbe rachidien*, et dont voici les conclusions : 1° des expériences et des faits cliniques contenus dans ce mémoire, on n'est pas en droit d'admettre un centre vaso-moteur unique, siégeant dans le bulbe rachidien ; 2° les nerfs vaso-moteurs ont des centres spéciaux d'origine et d'action réflexe, échelonnés dans la substance grise de la moelle épinière ; 3° chacun de ces centres peut agir isolément sur les fibres vaso-motrices auxquelles il donne naissance, et il peut subir séparément les diverses influences qui font varier le *tonus* vasculaire. (*Séance du 26 février.*) C. KASTUS.

Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Marc Sée donne lecture d'une très-courte note *sur les piliers du cœur et le mode de fonctionnement des valvules auriculo-ventriculaires*. Après avoir décrit la disposition et la conformation des piliers du ventricule gauche et des deux valves de la valvule mitrale, M. le docteur Marc Sée conclut que le véritable mode d'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires, se fait au moment de la systole cardiaque de la façon suivante : la valve droite de la valvule mitrale forme au-dessous de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche *une sorte de rideau oblique* fortement tendu qui le masque complétement, et s'applique ensuite directement contre la paroi du ventricule. Les arcades du bord libre de la valvule, les cordages tendineux, sont pressés sur les reliefs musculaires ou logés dans les dépressions qui séparent ces reliefs de la paroi ventriculaire complétée en bas par les piliers adossés. Ce mécanisme, qui s'applique également, avec quelques modifications, au cœur droit et à la valvule tricuspide, est bien autrement efficace pour s'opposer à tout reflux du sang vers l'oreillette que tous ceux qui ont été indiqués par les physiologistes.

— M. Alph. Devergie prononce un long discours sur la fermentation en général, qui se présente sous quatre formes différentes : la putréfaction putride, la putréfaction gazeuse, la putréfaction savonneuse et la momification.

— M. POGGIALE communique à l'Académie un rapport fait au conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, sur la *conservation des viandes par le froid*. C'est une application de l'éther méthylique. M. Poggiale met, en même temps, sous les yeux de l'Académie, deux échantillons de viande et un perdreau conservés par ce procédé. Des considérations dans lesquelles il entre sur les procédés de conservation usités jusqu'à présent, il résulte qu'un procédé qui permettrait de conserver les viandes

fraîches pendant un temps suffisamment prolongé, sans addition de substances étrangères, serait un véritable bienfait pour les populations pauvres.

M. Tellier, ingénieur civil, croit l'avoir trouvé. Son but est de faire arriver et livrer au prix de 30 à 40 centimes le kilogramme dans nos centres populeux, les masses de viandes qui se perdent en diverses contrées.

Pour obtenir ce résultat, il suffit de maintenir à 0 ou à 1 degré la température du magasin où est déposée la viande. M. Teillier a conservé dans ces conditions, pendant six semaines, du bœuf, du mouton et du gibier. Pour produire le froid, il se sert d'un courant d'air froid, ou plutôt de courants liquides à — 8 ou — 10 degrés, qui congèlent l'humidité de l'atmosphère, la dessèchent et en abaissent la température. L'opération consiste donc à établir des magasins frigorifiques dont la température soit de 0 à 1 degré. Le procédé employé à l'usine frigorifique établie à Auteuil repose sur l'évaporation et la condensation de l'éther méthylique.

En résumé, les expériences de M. Tellier offrent un grand intérêt, au point de vue de l'hygiène publique, et méritent d'être encouragées. Telle est la conclusion du rapport qui a été adopté par le comité de salubrité.

M. Blot demande à M. Poggiale combien de temps les viandes ainsi conservées peuvent être encore bonnes, à partir du moment où on les retire de la chambre frigorifique.

M. Poggiale répond qu'elles ne diffèrent pas en cela des viandes fraîches, et que, comme elles, elles peuvent rester bonnes quatre ou cinq jours.

M. Bouley dit qu'on doit à la vérité de dire que la viande ainsi conservée n'est pas tout à fait aussi bonne que la viande fraîche, et qu'un gourmet trouverait entre elles de notables différences.

Ces différences existent surtout pour le gibier. Quant à la viande de boucherie, elle est à peu de chose près aussi bonne, ainsi conservée que fraîche, mais il ne faudrait pas croire, cependant, qu'il n'existât absolument aucune différence entre elles.

— M. Giraud-Teulon lit un travail ayant pour titre : des attitudes symptomatiques des paralysies musculaires des yeux, considérées comme éléments de diagnostic différentiel. (*Séances des* 24 *et* 31 *mars* 1874).

Société de chirurgie de Paris. — M. Voyet (de Chartres) adresse une lettre pour rappeler qu'Ad. Richard, en 1867, employait à Beaujon la *compression élastique* à la racine des membres pour remplacer la compression digitale dans les amputations ; il se servait d'une bande de caoutchouc longue de 10 mètres et large de 7 centimètres. M. Voyet se souvient que, dans une am-

putation de cuisse les artères vides ne donnèrent pas de sang. Ad. Richard recommandait ce mode de compression aux chirurgiens de campagne, qui n'ont pas toujours à leur disposition un aide capable de faire la compression digitale.

— M. Sée lit le rapport sur le prix Laborie.

— M. Desprès lit un rapport sur un travail de M. Duplouy intitulé : *De la désarticulation du genou.*

M. Duplouy conclut à la supériorité de la désarticulation du genou sur l'amputation au tiers inférieur de la cuisse. Il s'appuie sur les désarticulations qu'il a pratiquées, trois primitives et une secondaire, et sur les statistiques anglaises et américaines qui sont parvenues dans notre pays.

Voici le résumé des quatre observations de M. Duplouy :

1° Désarticulation du genou pratiquée pour un phlegmon diffus de la jambe en voie de guérison, mais qui avait disséqué les muscles au point que toute guérison définitive était impossible. Le malade, âgé de quarante-cinq ans, a guéri après une suppuration de trente-sept jours. Il marcha ensuite avec un pilon sur lequel appuyait directement le moignon. Ceci se passait le quatre-vingt-deuxième jour après la désarticulation. On ne sait pas si le malade continua à marcher de la sorte ;

2° Ouvrier de trente-neuf ans, qui eut la jambe écrasée par une roue de chemin de fer. Désarticulation du genou ; mort par tétanos ;

3° Ouvrier de vingt-deux ans, qui eut la jambe écrasée par une roue de locomotive. Désarticulation quelques heures après la blessure. Le malade guérit après trois mois de suppuration, d'exfoliation des tendons et des cartilages. Le malade marche sur son moignon ;

4° Ecrasement de la jambe par une roue de voiture. Désaticulation huit heures après l'accident. Le blessé, âgé de quarante-quatre ans, était un homme robuste. Sphacèle des lambeaux, fusées purulentes dans la cuisse. Guérison après trois mois et demi de suppuration. Le malade marcha avec le pilon de l'amputation de cuisse, la cicatrice s'opposant sans doute à l'usage du pilon approprié pour l'amputation de la jambe.

Le procédé employé par M. Duplouy est le procédé de choix des Anglo-Américains, c'est-à-dire le procédé de Smith ou de Béclard, suivant Velpeau : on taille un grand lambeau antérieur quadrilatéral, formé par la peau et le tissu cellulaire, puis un petit lambeau postérieur destiné à couvrir l'espace intercondylien. La rotule est laissée dans le lambeau et les surfaces articulaires ne sont point ruginées.

M. Duplouy donne ensuite une statistique inédite de désarticulations du genou pratiquées par nos chirurgiens de marine. Sur 3 opérations, M. Beau (de Toulon) a obtenu 2 guérisons et 1 mort. M. Drouet a fait à Rochefort une désarticulation qui a été suivie de pyohémie, ce qui fait pour l'hôpital de Rochefort 3 guérisons

et 2 morts 1 cas de guérison par M. Arland (de Toulon). On a donc pour Toulon 3 guérisons et 1 mort. M. Pollock, en Angleterre, a produit une statistique de laquelle il résulte que les chirurgiens anglais ont obtenu 36 guérisons sur 48 opérations, et que les Américains ont obtenu des résultats semblables, ce qui revient à dire que les Anglo-Américains, à l'époque où écrivait M. Pollock, avaient obtenu pour la désarticulation du genou 75 pour 100 de succès. Mais il faut remarquer que M. Pollock n'a pu réunir tous les faits suivis de mort qui n'ont pu être publiés.

Les statistiques de la chirurgie d'armée, portant sur un ensemble de faits dont aucun n'échappe, fournissent des résultats moins discutables.

Voici les chiffres :

Guerre de Crimée. — Armée française, 40 désarticulations du genou, 34 morts; mortalité, 85 pour 100. — Armée anglaise, 7 désarticulations, 4 morts; mortalité, 57 pour 100.

Guerre d'Italie. — Armée française, 4 désarticulations, 3 morts; 75 pour cent de mortalité. — Armée autrichienne, 3 désarticulations, 3 morts; mortalité, 100 pour 100.

Guerre d'Amérique, guerre de la sécession. — 116 désarticulations, 64 morts; mortalité, 55 pour 100.

Au Mexique, une seule désarticulation suivie de mort.

Guerre de 1870. — Armée française, 19 désarticulations du genou, 13 morts; mortalité, 68 pour 100.

L'amputation de la cuisse au tiers inférieur a donné en Crimée : pour les amputations primitives, 50 pour 100 de mortalité; pour les amputations secondaires, 70 pour 100, et pour les deux variétés ensemble 61 pour 100 de mortalité.

Dans l'armée autrichienne, de 1865 à 1870, il y a eu 36 amputations de cuisses primitives ou secondaires en proportions à peu près égales et à des hauteurs variables, qui n'ont été suivies que de 10 morts, ce qui donne 38 pour 100 de mortalité.

Parmi les observations isolées qui ont été publiées, on remarque que les désarticulations suivies de guérison sont celles qui ont été pratiquées pour des tumeurs de la jambe; et cependant dans ces cas favorables on a vu la suppuration prolongée des lambeaux, de l'articulation et des coulisses tendineuses mettre en danger la vie des malades.

Il ressort de la lecture des observations, que les Anglo-Américains amputent plus volontiers que nous, et que pour une lésion semblable ils amputent plus haut que les Français. Ils opèrent souvent dans des articulations déjà malades, mais pour des lésions simples contre lesquelles nous essayons avec succès la conservation

M. Desprès conclut que la désarticulation du genou n'est pas moins grave que l'amputation de cuisse au tiers inférieur, à cause des complications graves immédiates : arthrite, fusées purulentes, gangrène, etc. Cette désarticulation n'offre qu'exceptionnellement

des avantages au point de vue de la prothèse. Le meilleur procédé est le procédé de Smith. Cette opération peut être appliquée chez les jeunes sujets, et chez l'adulte seulement pour quelques cas : tumeurs de la jambe ; mais elle ne saurait être acceptée pour les lésions traumatiques, à moins que la blessure ne siége à la partie inférieure de la jambe La désarticulation avec résection des condyles ne s'éloigne pas beaucoup de l'amputation de cuisse sus-condylienne et ne lui est pas supérieure. (*Séance du 7 janvier 1874.*)

Le 14 janvier a eu lieu la séance annuelle, remplie par des discours, et la proclamation des prix Duval et Laborie.

Société vaudoise de médecine. — M. le docteur de la Harpe communique l'observation d'une malade qu'il a traitée avec M. le docteur Mœhrlen, à Orbe.

Cette malade avait vu se développer chez elle depuis quatre mois environ une tumeur abdominale prise dès le début pour une grossesse.

Vers la fin du deuxième mois, quelques symptômes anormaux se présentèrent, tels que anorexie, grande faiblesse, suivis un mois plus tard de petites hémorrhagies utérines ; le sang était tantôt liquide, tantôt en caillots. Ces hémorrhagies durèrent jusqu'à la fin de la maladie, sans toutefois qu'il y eût des symptômes d'anémie bien marqués.

Il faut noter que la malade n'avait pendant tout ce temps pas eu de gonflement des seins. Enfin vers la fin du quatrième mois, on vit apparaître de l'anasarque avec albuminurie, puis hydrothorax avec bronchite, orthopnée. Vers cette même époque, lorsqu'on appliquait la main froide sur le ventre, on percevait quelques contractions utérines légères. Au toucher le col était ramolli, court (1 1/2 cent.), boursouflé, semblable à ce qu'il est dans les derniers jours d'une grossesse normale. l'orifice interne était fermé. M. de la Harpe pensa que cette tumeur abdominale pourrait bien être une môle: M. Mœhrlen eut la même opinion. On administre de l'ergot de seigle. La malade accoucha peu après d'une môle hydatique très-visqueuse, très-volumineuse. Sitôt après l'anasarque et l'albuminurie disparurent. La malade eut encore une hémorrhagie très abondante, mais aujourd'hui elle est entièrement rétablie. La fausse grossesse avait eu une durée de quatre mois et demi. M. Mœrhlen avait eu également l'occasion d'observer quelque temps auparavant un cas tout à fait analogue, où la môle avait été également diagnostiquée. M. de la Harpe a fait des recherches pour savoir si l'anasarque était indiqué comme un symptôme habituel des môles. Il n'a rien trouvé. (*Séance du 5 février 1874.*)

VARIÉTÉS.

CRUVEILHIER.

Parmi les maîtres vers lesquels va tout naturellement la meilleure part du souvenir attendri que, à mon âge, on donne aux choses de sa jeunesse, Cruveilhier figure en un rang exceptionnellement sympathique. Sa carrière, ses services, ses vertus ont été et seront sans doute le sujet de tributs complets, doux à payer par ses collègues de la Faculté et des Académies: qu'il soit permis à un ancien élève de raconter plus simplement ici ce qu'il se rappelle de l'éminent professeur, et surtout ce dont il lui est redevable.

C'était en novembre 1830. Nouveau débarqué à Paris, j'y commençais ma troisième année de médecine, et j'avais suivi avec un plaisir tout particulier le cours d'anatomie descriptive, fait avec un soin, une insistance à tenir l'attention éveillée, un luxe de considérations extra-graphiques, auxquels ne m'avait point habitué, à Lyon, l'enseignement de Bajard. J'étais donc fort satisfait de mon professeur et ne demandais qu'à le mettre à même de me rendre la pareille au jour de mon examen, lorsqu'un matin la bordée la plus inattendue de vociférations et de sifflets vint éclater dans ce paisible amphithéâtre. Je m'informe, et, de plusieurs bouches fort autorisées au café de la Rotonde, j'apprends :

Que Cruveilhier a été nommé par la Restauration ;

Qu'il est jésuite tout au moins, puisque l'on est sûr qu'il va à la messe ;

Que ce serait une honte, à nous, de le laisser plus longtemps dans sa chaire !

Je n'en retournai pas moins, le lendemain, au cours, fort ému ; mais ému seulement de l'avanie que, au nom de motifs soi-disant politiques, on préparait ou faisait subir, dans le temple de la science, à ce brave et loyal soldat de la science. Je l'applaudis donc à son entrée, et pendant toute la leçon mes mains se lassèrent à neutraliser les marques de malveillance systématique, qui, au milieu de protestations redoublées, persistaient sur quelques bancs. La lutte fut chaude, elle dura plusieurs séances consécutives. Et je vois encore la figure pâle mais digne et ferme du professeur, lorsque, s'adressant à nous, en désignant ses ennemis : « Ce sont des vandales, s'écriait-il, ce sont des vandales qui veulent nous asservir au nom de la liberté! » J'aime surtout à me le rappeler, toujours calme mais rayonnant, lorsque, définitivement maître du champ de bataille, il ne lui fut plus permis de douter qu'il ne tînt véritablement sa chaire du suffrage, mieux que du suffrage : de l'énergique appui de ses auditeurs.

A quatre ans de là, pendant ma seconde année d'internat, sous Dupuytren, le génie familier qui s'était constitué mon tuteur, dardant un jour sur moi le plus paternel de ses éclairs : « Où vas-tu aller l'année prochaine, petit? me dit-il. Voyons : tu sais à présent la chirurgie (??). Il te faut apprendre l'auscultation. Tu iras, à la Salpétrière, chez Cruveilhier »... Et

je fus chez Cruveilhier, — vers lequel, d'ailleurs, m'entraînait le souvenir toujours vivant de nos premiers rapports.

Je n'eus pas à m'en repentir; et Jean-Paul avait vu plus clair pour mon avenir que pour le sien. Ai-je appris, là, l'auscultation? J'en suis encore à me le demander, et peut-être, hélas! ne suis-je pas le seul. Mais ce qu'on y apprenait forcément, ce qui vous pénétrait à chaque minute comme par une endosmose irrésistible, c'était le goût de l'étude, la soif d'investigation, la passion des conceptions originales. L'entourage y portait sans doute; car, en 1835, mes collègues d'internat à la Salpétrière étaient Dechambre, qui s'y était confiné pour compléter ses admirables études sur la structure du poumon, Godin, mort avant l'âge mais non avant la gloire, Bassereau, Debrou, Albin Gras, Rendu. Mais le véritable initiateur, nous le reconnaissons tous, était Cruveilhier. A ce moment il terminait son grand ouvrage d'anatomie pathologique; et l'on ne saurait croire combien de questions se pressaient, s'agitaient, se mêlaient, sans se nuire, dans cette intelligence alors infatigable qui, semblable aux architectes des temps héroïques, paraissait hésiter à signer son œuvre avant de l'avoir portée, dans les détails comme dans l'ensemble, au plus haut degré de perfection.

Tous les matins, à l'heure exacte, Cruveilhier s'élançait de son *cabriolet* dans les salles de l'infirmerie, faisant scrupuleusement, quoique en hâte, sa visite; posant parfois des diagnostics qui tenaient du prodige, faisant aussi d'excellente thérapeutique, mais consolant plus encore que formulant; trouvant un sourire, un mot de bonne grâce, d'efficace encouragement pour chacune des malheureuses qui venaient là souffrir leur dernière souffrance; mettant enfin la même libéralité à répondre aux interrogations que nous lui adressions chemin faisant, dont nous l'accablions tous à l'envi au point que chaque marche des escaliers à parcourir devenait un gradin d'amphithéâtre, chaque cour de l'hospice le lycée du péripatétique.

Que de jeunes gens destinés peut-être à rester de simples praticiens ont été poussés dans la voie de la science par cette initiation lente, mais sûre, d'autant plus puissante qu'elle était moins intentionnelle et qu'elle s'exerçait par l'exemple plutôt que par le conseil!

Tout en causant, néanmoins, tout en nous admettant aux plus intimes, aux plus instructifs épanchements, le chef ne perdait pas de vue le but final. C'était vers la salle d'autopsie qu'il nous entraînait. Mais là encore, toujours partagé, tiraillé entre l'attrait des applications scientifiques qui le tentaient et le sentiment des devoirs qui l'appelaient au dehors, là encore, bien souvent, il nous fallait, comme pour les oracles antiques, le contraindre, le retenir, lui faire violence, pour obtenir qu'il restât un quart d'heure de plus. Assez fréquemment les autres médecins ses collègues devenaient les complices de ces manœuvres, dont ils ne profitaient pas moins que nous. Que de fois ne l'ai-je pas vu, comme brusquement rappelé à la réalité, rompre une de ces conférences où il paraissait s'oublier, en criant au garçon d'amphithéâtre : « Joseph! allez-moi chercher deux feuilles de chou! » Car Cruveilhier avait un jardin, à lui, dans l'hospice; mais quoiqu'il y amenât de loin en loin sa jeune et charmante famille, à la consommation de feuilles de chou qu'il faisait pour envelopper et emporter les pièces anato-

miques destinées à un plus minutieux examen (1), nous soupçonnions fort qu'il n'avait jamais donné l'ordre de cultiver cet enclos *pour l'agrément*.

Pour nous, c'était alors le bon temps, et, pour Cruveilhier lui-même, je ne voudrais point jurer que ce n'ait aussi été le meilleur. Professeur populaire, chéri des élèves pour son inépuisable aménité et sa douce équité aux examens, président à vie et directeur effectif de la Société anatomique, arbitre agréé de tous pour la solution des problèmes que soulève la détermination des lésions cadavériques, auteur de deux ouvrages classiques, voyant sa clientèle s'étendre à l'instar de sa famille, il allait bientôt, grâce à la libérale désignation d'un maître, prendre possession d'une chaire spécialement créée en vue de ses aptitudes et de ses goûts....

Ce bonheur a duré assez pour prouver que, même entre médecins, même à Paris, le vrai mérite allié à la bonté vraie peut désarmer l'envie, trouver grâce même devant ceux qu'il éclipse. Mais la destinée a ses revanches toujours prêtes, et leur meilleur instrument est le progrès. Servie par de plus sûrs procédés, devenue l'une des branches de la biologie, peu à peu l'anatomie pathologique substitua aux vagues formules qui nous suffisaient le langage précis de la science nouvelle ; et, peu à peu aussi, ceux de ses anciens adeptes qui ne voulurent ou ne purent suivre le mouvement se trouvèrent relégués à l'écart.

Ainsi devait, en Cruveilhier, finir le professeur bien avant le praticien. Mais une épreuve plus rude attendait ses amis ; il leur était réservé de voir en lui l'homme survivre à l'intelligence, ou tout au moins à son principal attribut. Pendant de longues années, il a vécu au milieu de ses collègues heureux encore, dans ce désastre, de pouvoir lui dissimuler à lui-même les défaillances parfois étranges de son cerveau surmené. Mais si chacun des spectateurs de ce douloureux collapsus en a apprécié à sa manière les causes et la nature, leur témoignage du moins est unanime sur un point : c'est que notre vénéré maître a conservé insénescente sa vertu native ; que sa bonté, l'*ultimum moriens* de ce cœur si richement doué, s'est jusqu'au bout maintenue intacte, ranimant ou suppléant au besoin les autres facultés assoupies ou éteintes, comme l'étincelle errante qui donne une dernière apparence de vie aux débris déjà consumés et sur le point de s'anéantir.

P. D.

---

(1) Cette habitude, bien connue à la Salpêtrière, inspira à propos un ancien interne de Cruveilhier dans une conversation au *Marais*, où nous discutions sur l'origine de l'anatomie pathologique. Comme notre collègue, après avoir réclamé en faveur de son chef, entendait attribuer par les uns à Dupuytren, par d'autres à Morgagni ou à Bonnet l'honneur d'avoir fondé cette science : « Allons ! allons ! s'écria-t-il, je vois bien que c'est l'enfant du mystère, et qu'on apprendra, un beau jour, qu'elle fut trouvée sous une feuille de chou ! »

CORRESPONDANCE.

A M. le Président du Comité de rédaction.

Le service de la salle Sainte-Jeanne dont il a été question dans l'article de M. Glénard, publié dans le dernier numéro de *Lyon Médical*, page 417, est trop imparfaitement connu, et les faits qui s'y sont passés trop vaguement exposés, pour que je n'ajoute pas quelques renseigements sur l'application de la méthode de Brand à l'Hôtel-Dieu.

Le service des hommes installé dans la salle Saint-Martin n'a rien laissé à désirer, et mon heureux collègue n'a eu que des succès à enregistrer. Le service des femmes n'a pu trouver place dans une salle ordinaire, parce qu'aucune des salles de femmes ne pouvait être isolée complétement des salles voisines. L'Administration craignait de rasssembler dans un foyer, s'il survenait une épidémie, des éléments de contagion pour les autres malades de l'hôpital. En cas d'épidémie, Saint-Martin devient une salle exclusive de fièvres typhoïdes, et le grenier, décoré du nom de Sainte-Jeanne, doit rassembler sous son toit les femmes typhiques sans risquer d'infecter les autres malades. La sœur hospitalière installée à Sainte-Jeanne, depuis le 1er novembre jusqu'à sa maladie en février, appliquait la méthode de Brand, encourageait les malades et partageait les satisfactions que nous eûmes des premiers succès. M. Glénard a rapporté les cas heureux que nous eùmes à cette époque et celui de notre collègue M. Mayet.

Les cas malheureux sont ceux dont nous avons rendu compte à la Société de médecine, et ne sont réellement pas des applications régulières de la méthode de Brand. Le dernier survenu depuis notre lettre à la Société de médecine serait un échec s'il n'était réellement expliqué par des irrégularités dont M. Glénard a rendu compte. Evidemment nous n'appliquerons plus la méthode de Brand ni sur les malades arrivés au douzième jour, que le médecin envoie parce que *ça tourne mal*, ni sur les cas douteux ! Au moindre soupçon de granulie ou de méningite cérébro-spinale, nous nous abstiendrons. Devons-nous être pour cela accusés d'hostilité envers la méthode ? Nous regrettons de n'avoir pas été un peu *tièdes* plus tôt. En acceptant l'accusation de *modérantisme*, nous aurions refusé quelques malades sans que leur position fut changée, et nous n'aurions pas compromis la méthode. Est-elle réellement compromise? Oui, pour des personnes douées de peu d'esprit analytique. La mort de quelques malades explique leurs appréhensions et leur hésitation. L'hésitation n'engendre pas la bonne volonté. Nous devons déclarer bien haut que M. l'Administrateur de l'Hôtel-Dieu a fait tout ce qu'il a pu pour favoriser l'application de la méthode de Brand. Il y attachait le plus grand intérêt, et il a déployé un zèle infatigable pour obtenir l'exactitude désirable dans ce service. Nous souhaitons de rencontrer toujours dans les hôpitaux un appui aussi bienveillant ; le découragement fut invincible, et nous trouvâmes sœurs et malades

inébranlables dans leur conviction que la méthode était meurtrière : impossible de les détromper sur la cause des insuccès. Erreur de diagnostic, application tardive de la méthode, ce sont des arguments au-dessus de leur *portée*. Les succès obtenus partout sont trop importants pour que les malades ne reviennent pas à une plus juste appréciation des faits.

Nos confrères aussi, même en discutant cette question un peu aigre de la méthode de Brand, apprécieront plus justement l'installation de l'Hôtel-Dieu. Les bains étaient donnés d'après les indications thermométriques, et ces indications furent souvent contrôlées par M. Glénard. La température fut constamment prise dans le rectum.

Nous tenions à rétablir dans toutes ses nuances le rôle qu'a joué M. l'Administrateur de l'Hôtel-Dieu ; dussions-nous nous exposer seuls à quelques attaques des plus *fervents apôtres* de la méthode de Brand.

Veuillez recevoir, M. le Rédacteur, l'assurance de ma plus profonde considération,

Dr Boucaud, médecin des hôpitaux.

NOUVELLES LOCALES ET DIVERSES

— L'Ecole vétérinaire de Lyon compte sans contredit parmi les établissements les plus utiles, au point de vue de l'agriculture et de l'hygiène publique.

Cette Ecole ne coûte rien à la ville de Lyon, et y dépense tous les ans un budget qui dépasse 200,000 francs. Elle reçoit en pension les animaux malades que les propriétaires lui confient. Ses consultations de tous les jours sont gratuites. La police y met en fourrière les chiens enragés et les autres animaux atteints de maladies contagieuses. Les professeurs de l'Ecole sont les conseillers naturels de l'Administration dans tous les cas où des maladies graves se développent sur les animaux du département. Cette Ecole est enfin le rendez-vous des médecins qui désirent éclairer, par des expériences sur les animaux, quelques points obscurs de physiologie ou de pathologie humaine.

La ville de Toulouse a voté, en 1828, une somme considérable pour obtenir l'Ecole vétérinaire qu'elle possède aujourd'hui. Montpellier a disposé tout récemment d'une somme aussi très-élevée pour avoir l'Ecole d'agriculture que le gouvernement vient d'y établir. On voit enfin, tous les jours, des villes plus ou moins importantes faire les plus lourds sacrifices pour obtenir une simple caserne. Et la ville de Lyon, qui a une Ecole vétérinaire toute prête, en pleine prospérité, la première, celle qui a servi de modèle à toutes les autres, soit en France, soit dans le monde entier, lui refuse de prendre part pour une somme de 2,000 francs à une souscription qui a pour but d'honorer la mémoire du *Lyonnais* Claude Bourgelat, qui fut l'illustre fondateur de ces Ecoles, le créateur d'une science qui a

rendu de grands services à l'agriculture, à la science en général, à l'armée, à la fortune publique !

Et c'est dans la seconde ville de France que l'on comprend ainsi le rôle de l'Administration, les sentiments de patriotisme, le culte des grands hommes ! Et, c'est contrairement aux propositions les plus chaleureuses de l'Administrateur du département et de la cité que sont prises des décisions si peu dignes d'hommes éclairés et bien inspirés !

Les considérations qui ont entraîné le vote négatif de la Commission municipale sont les suivantes : d'une part, la souscription est une dépense tout à fait facultative ; d'autre part, l'œuvre est confiée non à un artiste lyonnais, mais à la direction des beaux-arts de Paris.

Quel contraste entre la conduite de nos édiles et celle de nos Sociétés savantes : Société d'agriculture, Société de médecine, Société des sciences médicales, Société protectrice des animaux, au sein desquelles, comme au sein de notre Chambre de commerce, l'idée d'élever une statue à Bourgelat a trouvé l'accueil le plus sympathique et le concours financier le plus généreux !

La statue de Bourgelat s'élèvera bientôt dans la cour d'honneur de l'Ecole qui fut le berceau de la science vétérinaire, et la Commission municipale de Lyon regrettera peut-être alors de n'avoir été pour rien dans cette œuvre de patriotisme, dans cet acte de justice rendue à la mémoire d'un Lyonnais dont le nom est devenu immortel dans tous les pays civilisés !

— La Commission municipale a consacré une nouvelle séance, qui a duré plus de trois heures. à l'examen du projet d'installation de la Faculté de médecine.

La discussion a eu pour résultat le maintien des engagements antérieurement pris par la ville vis-à-vis du pouvoir central. Ces engagements sont :

1° Dépense d'une somme de 4 millions pour la construction et l'agencement ;

2° L'affectation des terrains nécessaires pour l'exécution des plans, qui seront ultérieurement adoptés, sur une superficie de 26,000 mètres carrés, si toutefois cette superficie est reconnue indispensable ;

3° Dans le cas où les rétributions scolaires seraient insuffisantes au payement des traitements des professeurs et employés, la ville serait tenue, pendant douze années, de parfaire ces traitements.

Les plans définitifs ne pourront, au surplus, être acceptés par la ville que sous l'approbation de l'administration supérieure.

Le résultat de l'enquête est, dès à présent, déclaré favorable en ce qui concerne l'emplacement du quai de la Vitriolerie. *(Décentralisation.)*

— La création éventuelle d'une Faculté de médecine et de pharmacie à Lyon a fait ajourner la mise au concours de deux places de professeur suppléant, et par extension la même mesure avait été appliquée aux places de chef de clinique.

Les exigences de l'enseignement ont, semble-t-il, modifié tout à coup les dispositions de l'assemblée des professeurs, et la nomination des chefs de clinique médicale et chirurgicale a eu lieu une fois encore sans concours et sans concurrence.

Pour éviter toute compétition, M. le directeur a pris la précaution de ne pas faire connaître par voie d'affiches les places vacantes. et un seul tour de scrutin a sans doute suffi pour faire sortir de l'urne le nom des élus.

L'Ecole de médecine de Bordeaux, supérieure à celle de Lyon par le nombre des élèves et l'organisation matérielle de son enseignement, attend, elle aussi, de l'Assemblée nationale la loi qui l'élèvera au rang de Faculté. Mais cette attente ne l'empêche pas de compléter son personnel enseignant par la voie du concours. Il y a quelques mois y étaient nommés deux professeurs suppléants pour les chaires de chirurgie et d'obstétrique ; hier c'était un chef des travaux chimiques et pharmaceutiques, et au mois d'août prochain s'ouvrira un concours pour la place de chef des travaux anatomiques.

D'après ce contraste entre ce qui se passe dans les Ecoles de Bordeaux et de Lyon, nous devons bien admettre que le ministre de l'instruction publique laisse aux autorités académiques provinciales une certaine liberté dans l'application *des règlements* universitaires.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Jean-Baptiste Richard, ex-président de la Société de pharmacie de Lyon, trésorier des pharmaciens de l'Est, vice-président de la Société de géologie et de minéralogie.

Notre regretté compatriote, à peine âgé de quarante-neuf ans, a succombé à une atteinte de choléra.

— Nous sommes heureux d'apprendre qu'en raison de l'importance toujours croissante des eaux thermales de Saint-Honoré (Nièvre), un de nos estimables confrères et compatriotes, le docteur Odin s'y établit comme médecin consultant.

Grâce à des améliorations considérables et à sa proximité relative, Saint-Honoré, dont la composition est identique à celle des Eaux-Bonnes, sera désormais le rendez-vous de nos affections de poitrine, malheureusement toujours croissantes en nombre.

— Le concours d'anatomie et de dissection, qui vient d'avoir lieu à l'Ecole de médecine entre les élèves de première et de deuxième année a donné lieu aux récompenses suivantes :

Une médaille d'argent à M. Rodet, élève de première année.

Une médaille en vermeil à M. Duchamp, élève de deuxième année.

Une médaille en argent à M. Sabatier, élève de deuxième année.

— Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences se tiendra cette année à Lille, du 20 au 27 août, sous la présidence de M. Würtz, membre de l'Institut.

— M. Villemin, professeur au Val-de-Grâce, vient d'être nommé membre de l'Académie de médecine dans la section de pathologie médicale.

— M. le docteur Marchessaux, médecin principal à l'hôpital militaire de Lyon, vient d'être appelé aux mêmes fonctions à l'hôpital de Toulouse.

— Par décret en date du 14 mars, M. Estor, professeur de médecine et de toxicologie, est nommé professeur d'anatomie pathologique et d'histologie (chaire nouvelle) à la Faculté de médecine de Montpellier.

Par un arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 27 février 1874, il est institué près de cette Faculté un cours complémentaire d'histoire de la médecine.

— Le Reichstag allemand vient d'adopter, à une assez forte majorité, le projet de loi sur la vaccination obligatoire :

1° La vaccination est obligatoire pour tout enfant, avant qu'il ait atteint l'âge de deux ans, s'il n'a pas eu la petite vérole avant ce terme ;

2° La revaccination est obligatoire pour tout écolier et doit s'opérer pendant l'année où il a atteint la douzième année de son âge, à moins cependant qu'on ne puisse prouver que cet enfant a eu la petite vérole dans les cinq dernières années ou qu'il a été revacciné.

Les autres articles de la loi traitent du procédé à suivre et de la qualité du vaccin à employer, ainsi que de la création d'établissements publics de vaccine. — La vaccination sera naturellement gratuite.

— La Société protectrice de l'enfance de Paris met au concours la question suivante : *Préjugés populaires sur les maladies de l'enfance.* — Le prix sera de 500 francs.

Les mémoires écrits en français doivent être adressés, franc de port et selon les formes académiques, à M. le secrétaire général de la Société, 85, rue des Saints-Pères.

— « Nos lecteurs, lisons-nous dans l'*Union médicale du Canada*, apprendront sans doute avec regret que le docteur Fenwick, de Moutréal, est, depuis un couple de mois, confiné à sa demeure par suite d'une attaque de néphrite aiguë. Le 6 février dernier, plusieurs de ses confrères lui ont présenté une adresse pour lui exprimer leur sympathie et lui souhaiter un prompt retour à la santé. Une bourse d'au-dessus de mille dollars accompagnait cette adresse. »

— Le *Siècle* annonce que Mme Lenoir-Jousseran, décédée à Paris, a légué dix millions aux pauvres de Paris pour la création d'un hôpital dans la banlieue.

— Il y a à Paris 1,956 médecins (1,634 docteurs en médecine et 322 officiers de santé) pour une population de 1,794,380 habitants, soit un médecin pour 923 habitants.

Sur ces 1,956 praticiens, 543 font partie de la Légion d'honneur. Il y a donc à Paris un médecin décoré sur quatre. Il y a en outre 56 médecins qui sont décorés d'ordres étrangers, mais sans appartenir à la Légion d'honneur.

Erratum du dernier numéro : aux *Nouvelles*, dans le compte-rendu de la Société protectrice de l'Enfance, au lieu de « M. Rieux, qui n'était pas rapporteur, » lisez : « M. Rieux, qui n'était *que* rapporteur. »

MÉTÉOROLOGIE. — MALADIES RÉGNANTES. — DÉCÈS.

MARS.	THERMOMÈTRE. Minim.	THERMOMÈTRE. Maxim.	BAROMÈTRE 9 h. matin	HYGROMÈTRE.	PLUVIOMÈTRE.	ÉVAPORATION.	VENTS.	ÉTAT DU CIEL.	OZONE.	DÉCÈS.
23	+ 5.0	+ 16.5	750	0.75	»	2.4	N.O.	Beau.	0	30
24	+ 5.7	+ 15 3	749	0.75	»	2.6	N.	—	0	30
25	+ 4.6	+ 14.8	747	0.55	»	3.5	N.E.	—	0	25
26	+ 2.9	+ 10.0	751	0.88	0.6	0.9	E.	Couv.	0	20
27	+ 2.0	+ 13.1	752	0.81	»	1.6	—	—	0	20
28	+ 5.5	+ 19.8	751	0.64	»	3.0	N.E.	—	0	27
29	+ 4.3	+ 16.4	753	0.62	0.2	1.4	N	Beau.	0	28
30	+ 4.5	+ 15.3	752	0.75	»	3.3	N.E.	—	0	24
31	+ 6.9	+ 17.6	751	0.63	»	2.9	S.E.	—	0	28
1	+ 10.0	+ 19.5	752	0.71	0.5	3.6	N.O.	Couv.	0	23
2	+ 5.3	+ 17 4	749	0.75	»	3.2	N.E.	Couv.	0	21
3	+ 7.3	+ 19.0	738	0.31	»	3.9	S.O.	Couv.	0	33
4	+ 7.8	+ 22.6	741	0.87	11.5	8.8	S.E.	—	12	27
5	+ 5 6	+ 10.3	736	0.85	2.4	0.9	E.	—	0	27

L'état catarrhal persiste encore dans la caractéristique de la constitution médicale actuelle. Les localisations pulmonaires sont toujours très-nombreuses.

Les pneumonies continuent à être très-fréquentes ; elles ont aussi une gravité très-accusée. Beaucoup de fièvres catarrhales avec ou sans bronchite bien accusée.

Les rhumatismes articulaires aigus augmentent de nombre. On nous signale aussi beaucoup de névralgies rhumatismales.

Encore quelques fièvres typhoïdes et d'assez nombreuses fièvres éruptives, surtout des varicelles et des rougeoles. Quelques scarlatines, mais toujours pas de varioles.

Coqueluches assez nombreuses ; quelques-unes avec complication de pneumonie.

A *Saint-Etienne*, les pneumonies sont aussi très-nombreuses, mais paraissent moins graves qu'à Lyon.

Le bulletin des causes de décès pour Lyon, du 23 mars au 5 avril 1874 (deux semaines), donne les résultats suivants :

Variole, 0 ; — Scarlatine, 1 ; — Rougeole, 3 ; — Fièvres continues, 10 (typhoïde, 6 ; muqueuse, 1 ; catarrhale, 3) ; — Érysipèle, 1 ; — Bronchite aiguë, 8 ; — Pneumonie. 48 ; — Pleurésie. 2 ; Dyssenterie, 1 ; Diarrhée, 4 ; — Cholérine, 1 ; — Choléra, 1 ; — Angine couenneuse, 2 ; Croup, 7 ; — Affections puerpérales, 2 ; — Affections cérébrales, 49 ; — Maladies du cœur, 24 ; — Phthisie, 73 ; — Catarrhe pulmonaire, 39 ; — Autres maladies aiguës, 22 ; — Autres maladies chroniques, 37 ; — Affections chirurgicales, 22 ; — Causes accidentelles, 6 ; — Total : 363 — Mort-nés, 33.

Le président du Comité de rédaction,
P. DIDAY.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon. — Imp. Aimé Vingtrinier.

LE SERVICE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DU BUREAU DE BIENFAISANCE REMIS AU DISPENSAIRE GÉNÉRAL.

Dans le dernier numéro du *Lyon médical* et à cette même place, M. Diday se félicite de pouvoir annoncer à ses lecteurs qu'un événement heureux est en voie de réalisation, que *l'assistance publique à domicile* va prendre une nouvelle extension, *que le Bureau de bienfaisance va être absorbé par le Dispensaire*.

Après avoir fait rapidement le procès de l'organisation du Bureau de bienfaisance auquel il reproche surtout d'abandonner les malades *après trois visites*, il fait ressortir toutes les ressources que présente au contraire le Dispensaire au point de vue de l'assistance à domicile.

Cependant il prévoit de sérieuses difficultés dans l'application du nouveau système, propose une modification importante au mode de distribution actuel des cartes, et fait appel aux réflexions et au concours de ses lecteurs pour résoudre les nombreux et essentiels problèmes que découvrira chaque pas fait dans la voie où l'on va s'engager.

C'est encouragé par cet appel que nous aborderons quelques-uns des côtés de la question qui occupe dans ce moment les administrateurs du Dispensaire et du Bureau de bienfaisance et intéresse au plus haut degré le monde médico-pharmaceutique.

Nous dirons tout d'abord, et cela avec la plus grande sincérité, que nous sommes persuadé que toutes les personnes qui ont été mêlées jusqu'à ce jour à ce qui a été fait à propos de cette fusion, défendue par les uns, attaquée par les autres, ont toujours été guidées par le désir de faire le plus de bien possible aux malheureux de notre ville, avec les ressources relativement faibles destinées à secourir les malades indigents.

Après avoir lu attentivement le mémoire publié, le 6 février 1874, par le docteur Gérard, ordonnateur du Bureau de bienfaisance, le rapport de M. Verne de Bachelard lu à la séance du Dispensaire du 15 février 1874, et l'article de M. Diday, nous nous sommes adressé les questions suivantes :

1° *La fusion des deux œuvres de bienfaisance donnera-t-elle les résultats attendus au point de vue de l'assistancc publique ?*

2° *Sera-t-il possible au Dispensaire d'assurer le service médico-pharmaceutique, avec la somme de* 52,000 *francs qu'il demande au Bureau de bienfaisance ?*

On ne peut que répondre négativement à l'une et à l'autre de ces deux questions.

Quand on entre dans les détails du fonctionnement de ces deux administrations, la chose qui frappe surtout c'est qu'elles se complètent et on est forcé de reconnaître que lorsqu'une d'elles aura absorbé l'autre, au lieu d'avoir réalisé un progrès comme on l'espère, on se trouvera vis-à-vis d'une nouvelle lacune de l'assistance à domicile.

En effet si le Bureau de bienfaisance n'accorde des soins que pendant un temps limité, s'il ne suit pas toujours les malades jusqu'à la guérison, son organisation lui permet, chose que l'on n'apprécie pas assez, de secourir promptement les indigents. — Il intervient *efficacement*, en cas d'accident, au début d'une maladie aiguë ; le malade se procure facilement chez son curé ou chez le distributeur de son sous-comité le bon qui lui donne droit à la visite du médecin qui habite toujours dans son voisinage et aux médicaments qui peuvent lui être délivrés par tous les pharmaciens de son quartier.

Généralement après trois visites du médecin qui correspondent à dix jours de traitement, le malade est rétabli.

Il a été soigné par les siens, a reçu les conseils d'un médecin de son choix, s'est adressé à un pharmacien qu'il connaît, *l'assistance à domicile* a été appliquée, il nous semble, aussi complètement que possible.

Si le malade n'est pas entièrement guéri, il a eu, pendant ces 10 jours, le temps de se préparer à entrer à l'hôpital ou même d'obtenir une carte du Dispensaire s'il y en a de libre.

Le Dispensaire lui, présente sans contredit ce grand avantage de suivre les malades jusqu'à la convalescence, mais par contre quelle difficulté pour obtenir *la carte* qui donne droit à la visite du médecin! — Le malade doit s'enquérir du domicile d'un souscripteur. — Une fois cela fait, il arrive souvent que la carte sur laquelle il comptait est déjà placée ou qu'elle est aux mains des religieuses de la pharmacie. Il est donc obligé d'aller au siége du Dispensaire et cela de 10 *à 2 heures*. — Les formalités remplies, il s'écoule souvent une journée entière avant que le médecin qui habite plus ou moins loin puisse se transporter au domicile de l'indigent. —

Une fois l'ordonnance faite, la personne qui soigne le malade se trouve dans la nécessité de retourner à la pharmacie centrale du Dispensaire.

De sorte que dans la plupart des cas le malade n'est secouru que le 2e ou le 3e jour de sa maladie.

Tout le monde reconnaîtra avec nous que la façon dont les cartes sont délivrées est essentiellement défectueuse, qu'elle a comme conséquence immédiate de rendre l'assistance à domicile impraticable dans les quartiers éloignés du centre de la ville, qu'elle compromet souvent le traitement des maladies aiguës. — Aussi il est un fait certain, c'est que la plupart des malades secourus par le Dispensaire dans les quartiers dont nous parlons, ne sont atteints que de maladies chroniques.

En observant sans parti pris ce qui se passe tous les jours, on constate que presque toujours les maladies aiguës sont soignées par le Bureau de bienfaisance et les chroniques par le Dispensaire et cela uniquement par suite de la différence qui existe dans l'organisation de ces deux administrations.

Nous avions donc raison de dire que ces deux œuvres se complétaient et que si le Dispensaire absorbait le Bureau de bienfaisance, nous nous trouverions vis-à-vis d'une lacune dans l'assistance publique.

De sorte que dans le cas d'une fusion, nous serions obligés de demander au Dispensaire d'apporter de profondes modifications dans son organisation :

1° Au point de vue des conditions d'obtention des cartes.

2° Au point de vue du service médical.

3° Au point de vue du service pharmaceutique.

A. *Conditions d'obtention des cartes.* — Nous avons signalé les inconvénients du système employé actuellement pour l'obtention des cartes pour répondre aux besoins des quartiers excentriques; cette distribution devrait être faite comme le désire M. Diday par l'intermédiaire de distributeurs désignés et il serait indispensable que la carte une fois obtenue donnât droit à la visite du médecin, sans que le malade fût obligé de remplir au Dispensaire les formalités auxquelles il est astreint actuellement. En un mot, il faudrait que le Dispensaire changeât purement et simplement sa manière de faire contre celle du Bureau de bienfaisance.

Ce changement constitue déjà, je crois, une des difficultés dont parle M. Diday, — car il me semble comprendre en lisant

M. Verne de Bachelard que le Dispensaire ne peut modifier en rien le règlement établi actuellement.

B. *Service médical.* — En considérant le côté pratique de la question, c'est-à-dire en comparant le fonctionnement du Bureau de bienfaisance et celui du Dispensaire, — nous sommes forcés de reconnaître que pour arriver à secourir aussi rapidement les malades que le fait le Bureau de bienfaisance et pour pouvoir soigner une quantité égale d'indigents, le Dispensaire sera obligé de modifier son service médical, soit au point de vue du nombre, soit au point de vue du domicile de ses médecins.

En effet, le service devenant beaucoup plus important, il est inadmissible que le médecin chargé de visiter Vaise, par exemple, habite les Brotteaux; que celui à qui incombe le service de la Croix-Rousse soit choisi parmi les médecins de St-Jean ou du centre de la ville.

Le Dispensaire devra donc avoir dans chaque quartier un médecin au moins, que le malade trouvera facilement et rapidement lorsqu'il aura reçu sa carte des mains du distributeur. — Quant au nombre des médecins auxquels le Dispensaire sera forcé d'avoir recours pour assurer le service, nous y reviendrons lorsque nous considérerons la possibilité, ou l'impossibilité dans laquelle se trouvera l'administration d'assurer le service médico-pharmaceutique pour la somme de 53,000 francs.

C. *Service pharmaceutique.* — Ici surgit une question des plus graves et qui mérite l'examen le plus attentif et le plus impartial de la part des personnes chargées de l'organisation de ce service.

Dans son mémoire, le docteur Gérard qui est parfaitement au courant des exigences du service pharmaceutique, s'étend longuement sur les modifications que devra apporter le Dispensaire dans la distribution des médicaments, lorsqu'il remplacera le Bureau de bienfaisance. Pour lui, comme pour M. Diday, comme pour nous et tous ceux qui attachent à cette partie de l'assistance publique l'importance qu'elle mérite, l'organisation actuelle du Dispensaire est plus qu'insuffisante. En effet on ne peut penser un seul instant forcer les indigents qui habitent généralement les faubourgs de notre ville, à aller faire remplir leurs ordonnances à la pharmacie de la rue de la Poulaillerie.

Pour les cas pressés, l'éloignement rend la chose impraticable; en admettant que le malade puisse attendre, un parent ou un voisin serait obligé de perdre une demi journée pour aller chercher les médicaments. Une demi journée représente une somme, on arri-

verait ainsi à faire payer indirectement les secours pharmaceutiques.

Aussi le docteur Gérard demande-t-il dans chaque arrondissement une succursale de la pharmacie centrale du Dispensaire.

M. Verne de Bachelard, si nous en croyons son rapport du 13 février, n'a pas considéré la question au même point de vue; il glisse très rapidement sur le service pharmaceutique qu'il espère pouvoir assurer en augmentant son personnel *de deux religieuses.*

Pour nous, le moins que devra faire le Dispensaire, c'est de fonder, dans chaque arrondissement, une pharmacie ayant son personnel spécial, à la tête duquel sera un pharmacien muni de son diplôme et parfaitement *en règle avec la loi,* comme le demande le docteur Gérard.

Nouvelles difficultés au point de vue du budget de 53,000. Il y a loin des deux religieuses dont parle M. Verne de Bachelard, au personnel reconnu indispensable par le docteur Gérard comme par nous.

Examinons la façon dont se fait actuellement le service pharmaceutique du Bureau de bienfaisance; — comparons-le, non au service effectué par une seule pharmacie, reconnu impossible, mais à celui que l'on voudrait assurer avec cinq officines.

Avec l'organisation actuelle du Bureau de bienfaisance, les médicaments sont délivrés par 120 officines ayant chacune à leur tête un pharmacien reçu et responsable; — de plus ces pharmacies présentent le grand avantage d'être réparties dans les différents quartiers de la ville et en raison de l'intensité de la population; — de sorte que chaque indigent peut faire remplir ses ordonnances à côté de chez lui, sans perdre un seul instant; — nous n'insisterons pas sur le côté éminemment pratique de cette organisation, qui du reste a été adoptée par toutes les sociétés de secours mutuels, et par un grand nombre d'œuvres de charité privée.

Il est évident pour tous que le service est mieux assuré par 120 officines qu'il ne le sera par cinq.

Quelle est donc la raison qui ferait abandonner cette manière de faire ? — est-ce une raison d'économie ?

Nous ne le supposons pas, car nous savons que les médicaments sont délivrés par les pharmaciens de Lyon à des prix très-bas, arrêtés d'un commun accord avec l'administration; — qu'à la

fin de chaque semestre, chaque pharmacien fournit son mémoire à un contrôleur qui le vérifie *avec le plus grand soin* — et nous affirmons que le Dispensaire ne pourra pas arriver, aux prix que paie aujourd'hui le Bureau de bienfaisance, lorsqu'il aura à ajouter à ses frais généraux actuels ceux des cinq officines dont nous avons déjà parlé. Pour payer ces frais généraux, le Dispensaire sera obligé ou de retirer de la circulation un certain nombre de cartes qui pourra être important, et alors le nombre des malades secourus sera beaucoup moins grand et les médicaments délivrés reviendront certainement au Bureau de bienfaisance, qui, ne l'oublions pas, sera *souscripteur de ces cartes*, à un prix plus élevé qu'avec l'organisation actuelle ; ou bien il devra s'il veut utiliser toutes les cartes, compter sur un bénéfice réalisé, par ses cinq officines, sur les médicaments délivrés en dehors du service.

Dans le cas où les choses se passeraient dans les succursales comme à la pharmacie centrale, c'est-à-dire dans le cas où à côté de la pharmacie qui fait le service des indigents, il y aurait une officine destinée à la vente publique des médicaments, nous ne craignons pas de dire que l'administration du Bureau de bienfaisance aurait à se reprocher d'avoir été injuste envers une classe d'hommes qui lui a rendu des services indiscutables depuis la création de l'œuvre. En effet, non-seulement elle enlèverait aux pharmaciens une fourniture à laquelle ils tiennent, quoiqu'elle ne représente qu'un bénéfice très-limité, mais elle serait la cause de l'installation de quatre officines leur faisant une concurrence de chaque jour.

Une autre considération, sur laquelle nous n'insisterons pas, mais à laquelle nous prions nos lecteurs de réfléchir est la suivante. Le Bureau de bienfaisance cherche à confier à d'autres mains le service pharmaceutique, parce qu'il a eu à se plaindre de quelques abus. C'est la véritable raison des modifications que l'on veut apporter. Il pense ainsi éviter des abus, dont on a considérablement augmenté l'importance. Il échangerait ses pharmacies à la tête desquelles il a des pharmaciens responsables, et qu'il peut contrôler à chaque instant, contre des officines, tenues uniquement par des religieuses, (tout le monde connaît le rôle du prête-nom) et *qu'il s'interdirait de contrôler*, les règlements du Dispensaire s'opposant à tout contrôle venant de l'extérieur.

Nous sommes persuadé qu'après réflexion tout le monde concluera comme nous au maintien de l'organisation actuelle du ser-

vice pharmaceutique du Bureau de bienfaisance.

Nous arrivons à la seconde question : *sera-t-il possible au Dispensaire d'assurer le service médico-pharmaceutique avec la somme de* 52,00 *francs qu'il demande au Bureau de bienfaisance?*

Si nous nous reportons à la page 11 du travail de M. Verne de Bachelard, nous voyons, qu'en 1873, 6,648 malades ont coûté au Dispensaire 51,000, que par conséquent les 7,000 malades que soigne en moyenne le bureau de bienfaisance, coûteront environ 52, 370 francs, somme que le Dispensaire demande au Bureau de bienfaisance.

Le calcul de l'honorable rapporteur serait exact si les 7,000 malades du Bureau de bienfaisance pouvaient être traités en portant le nombre de 10 médecins à 15, et en n'augmentant le personnel pharmaceutique que de deux religieuses.

Nous ne croyons pas que 15 médecins puissent assurer le service médical — et cela à cause des longues distances à parcourir pour visiter des malades qui souvent sont aux points extrêmes de la ville. — Il y a donc là une augmentation sensible à prévoir dans le budget du service médical.

Quant au service pharmaceutique pour lequel le budget n'a été augmenté que de 1,000 francs, — il sera la cause de dépenses que nous ne pouvons apprécier d'une façon exacte, mais dont il est facile de se rendre à peu près compte, en réfléchissant à ce que peuvent coûter chaque année quatre pharmaciens munis de diplômes, — les religieuses chargées du service des quatre nouvelles officines — et la location de quatre nouveaux locaux, etc, puisqu'il est bien entendu qu'une seule pharmacie est insuffisante.

Il est évident que nous devons répondre négativement à la deuxième question comme à la première.

De tout ceci que devons-nous conclure? — Je me permettrai de donner mon humble avis.

Je crois que l'on doit laisser à leur vie propre deux institutions ayant chacune un but, un objectif différent, qui se complètent chaque jour dans l'exercice de la charité et de l'assistance à domicile, en s'appliquant à modifier chacune d'elles dans ce qu'elle a d'imparfait.

Dr Crolas.

EXPECTORATION ALBUMINEUSE CONSÉCUTIVE A LA THORACENTÈSE

Analyse chimique par M. le Dr Jules Drivon.

L'Expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse a été cette année même l'objet de travaux remarquables. La thèse de M. Terrillon (1), une discussion des plus intéressantes à la Société médicale des Hôpitaux en ont fait une des questions les mieux étudiées de la pathologie. — Nous aurons peu à ajouter à ce qui est aujourd'hui admis. — Une occasion s'étant présentée, nous avons fait une analyse chimique de cette expectoration et ses résultats ont confirmé ceux que des analyses antérieures avaient déjà montrés. Mais ce n'est pas là le but unique ni même le plus important de cette étude, et ces résultats n'eussent probablement pas été publiés, vu leur insuffisance, si nous n'eussions cru devoir signaler quelques points qui, ressortant plus particulièrement de la chimie des humeurs, n'ont pas été signalés dans les travaux ci-dessus mentionnés. — Nous avons cru devoir aussi réunir et rapprocher de notre analyse personnelle celles qui ont été publiées jusqu'à présent.

Rappelons d'abord brièvement l'état de la question.

Quatre théories ont été invoquées pour expliquer l'expectoration albumineuse après la thoracentèse.

1° Piqûre du poumon par la pointe du trocart. Cette opinion a été défendue par Woillez qui trouve en faveur de cette théorie : 1° La ponction récente du thorax. 2° La similitude physique et chimique du liquide expectoré. 3° La présence de sang dans les crachats et surtout dans la sérosité. 4° La sortie de bulles d'air par la canule du trocart.

Mais on a fait avec raison à cette théorie de nombreuses objections. 1° cette expectoration se rencontre surtout alors qu'il y a un épanchement considérable et par conséquent le poumon trop éloigné de la paroi thoracique n'a pu être atteint. 2° L'expectoration albumineuse suit de près la ponction mais n'est pas immédiate.

(1) Terrillon. — *De l'expectoration albumineuse après la thoracentèse.* Thèse de Paris, 1873.

3° La présence de sang et de gaz dans la sérosité s'explique aussi bien par la diminution de pression intra-pleurale alors qu'on y fait un vide relatif avec des appareils aspirateurs. 4° Dans certains cas, alors que la canule du trocart avait donné issue à du pus, il y a eu néanmoins une expectoration albumineuse non purulente. 5. Quant à la similitude du liquide intra-pleural et du liquide expectoré, l'analyse chimique a montré que cette similitude n'existe pas.

M. Fereol s'est fait le défenseur de la deuxième théorie : perforation spontanée du poumon d'où fistule pleuro-bronchique. Dans ce cas comme dans le précédent, le liquide expectoré et le liquide pleural devraient être identiques ou au moins différer très peu, car M. Fereol admet une sorte de filtration à travers des fissures très-petites. Or, nous l'avons dit, l'analyse chimique a montré des différences considérables.

Troisième théorie : Résorption par la plèvre du liquide resté dans la cavité pleurale et élimination de ce liquide par le poumon. — Objections : 1° La plèvre tapissée de fausses membranes absorbe peu et lentement. 2° La quantité de sérosité expectorée est parfois considérable ; elle a pu dépassser celle extraite par le trocart alors que cependant on avait autant que possible évacué tout le liquide pleural. Enfin, en admettant même que ce liquide fût résorbée il rentrerait dans la circulation générale et on ne peut comprendre comment le poumon séparerait du sérum le liquide pathologique résorbé.

Enfin, la quatrième théorie la plus généralement adoptée est celle qui admet qu'à la suite de la thoracentèse il y a une congestion pulmonaire intense. Cette opinion n'est pas nouvelle. Pinant l'avait déjà émise en 1853 et depuis, Trousseau et beaucoup d'autres cliniciens avaient constaté la congestion pulmonaire consécutive aux thoracentèses. On peut admettre alors soit que dans le poumon longtemps comprimé l'épithélium des bronches et des alvéoles et aussi celui des vaisseaux est plus ou moins altéré d'où la facile transsudation du sérum a travers les parois vasculaires; ou bien encore, on peut dire que l'impression de l'air sur les canaux bronchiques longtemps soustraits à cette influence amène, par un phénomène réflexe, d'abord un spasme puis une paralysie des vaisseaux. On peut enfin rapprocher le phénomène de

l'expectoration albumineuse du phénomène analogue qu'on observe quelquefois après la section du pneumogastrique (1).

On voit facilement quel rôle dut jouer dans cette discussion l'analyse chimique. Si l'une des deux premières théories était vraie, le liquide expectoré et le liquide évacué par le trocart devaient être ou identiques (1re théorie) ou peu différent (2e théorie). Une différence essentielle entre ces liquides était au contraire en faveur de la quatrième théorie. — La troisième comme nous l'avons dit étant tout à fait inadmissible.

Or plusieurs analyses chimiques ont été faites et toutes ont montré entre ces deux humeurs des différences considérables.

Citons d'abord pour mémoire deux évaluations approximatives de la quantité d'albumine contenue dans des liquides pleuraux et dans des expectorations albumineuses. Gintrac cite un cas où la thoracentèse pratiquée au cinquième jour d'une pleurésie fut suivi d'une expectoration dans laquelle la quantité d'albumine fut double de celle contenue dans la sérosité pleurale. Besnier dit avoir vu un cas analogue. Il est regrettable que l'analyse n'ait pas été faite d'une manière plus complète, car les autres analyses donnent une proportion inverse.

Nous trouvons dans la thèse de M. Terrillon une première analyse comparative assez complète des deux humeurs. Elle est due à M. Bougarel, interne en pharmacie à la Pitié.

Sérosité pleurale. — Alcaline, assez limpide; une petite masse fibrineuse contenant des globules flotte dans le liquide. — Coloration ambrée, après filtration, précipité très-faible par l'acide acétique (mucosine) albumine 1 gr. 61 pour 100 centimètres cubes soit environ 16 gr. pour 1000.

Expectoration : alcaline, après filtration limpide légèrement colorée en rouge, présente une viscosité particulière. Précipité très abondant de mucosine par l'addition d'acide acétique. — Albumine 1,42 pour 100 centimètres cubes, soit environ 14 pour 1000.

Une deuxième analyse faite par M. Daremberg préparateur de

---

(1) Nous n'avons pas eu l'intention d'exposer complètement les théories émises, mais seulement de les résumer le plus brièvement possible. On trouvera un compte rendu très complet et très remarquable à la Société médicale des hôpitaux dans les Archives de médecine de 1873. *De l'expectoration albumineuse* etc. par Legroux.

chimie à la Charité a été citée dans le cours de la discussion à la Société médicale des hôpitaux.

Sérosité pleurale : Densité 1020, cristaux d'hématoïdine. — biliverdine, urée 0 gr. 58 par litre, mucosine en quantité notable.— Albumine 66 gr.88 par litre.

Expectoration : Densité 1010. Liquide mousseux, louche avec dépôt de mucus et d'épithélium. L'Ether après décantation l'éclaircit et l'éther évaporé laisse des cristaux de cholestérine et des matières grasses amorphes. Le liquide primitif filtré précipite par l'acide acétique (mucosine), précipite par le bichlorure de mercure (albumine et phosphates), précipite par la chaleur (albumine seule)

Urée 2 gr. 360 par litre — pas d'urates — Albumine 1 gr. par litre. Enfin une troisième analyse d'expectoration albumineuse par Dujardin Beaumetz accusait une proportion d'environ 4 gr. pour 1,000 d'albumine. (1)

Dans ces analyses, la première exceptée, la différence entre la composition chimique des deux liquides est considérable et même dans la première, la différence, légère il est vrai, entre les chiffres 1, 61 et 1, 42 s'accentuerait, s'il était possible de déduire de ce dernier nombre le poids de la mucosine. Ajoutons que le liquide pleural avait ici une composition tout à fait exceptionnelle. Les chiffres d'albumine trouvés jusqu'à présent ont presque toujours été très supérieurs. (Simon 48 pour 1000. — Robin 35 à 60 — Schmidt 20. — Gannal 51 et 55. — Daremberg 66).

Mais il y aurait un moyen chimique plus sûr encore de différencier nettement la sérosité pleurale du liquide expectoré. — C'est la recherche de l'hydropisine.

On sait que cette substance très-voisine de l'albumine en diffère par une réaction essentielle facile à constater. L'hydropisine partage avec la caséine et le pancréatine la propriété d'être retenue sur les filtres garnis de sulfate de magnésie alors que l'albumine n'est pas arrêtée par ce sel ; or l'hydropisine a toujours été trouvée dans le liquide des cavités séreuses, son absence dans l'expectoration montrerait nettement et absolument que le liquide expectoré ne vient pas de la plèvre, car on ne pourrait concevoir

(1) L'analyse de sérosité pleurale n'est pas indiquée mais la quantité utile d'albumine contenue dans ces humeurs est généralement supérieure à 40 pour 1000.



que cette matière albuminoïde pût être retenue alors qu'il y aurait une fistule pleuro-bronchique.

Cette recherche trancherait la question mieux que ne l'ont fait jusqu'à présent les analyses chimiques. En effet, on a généralement trouvé dans les expectorations une quantité de matière albuminoïde moindre que dans la sérosité pleurale, mais ne pourrait-on pas dire que de la salive et du mucus bronchique sont venus s'ajouter à cette sérosité et l'ont diluée d'où la proportion moindre des principes albuminoïdes et des matières solides? Sans doute cette objection n'a pas une valeur très-grande en présence surtout de notre analyse personnelle qui montre entre les deux liquides des différences accentuées dans la proportion des divers principes, tantôt en faveur de l'une, tantôt en faveur de l'autre humeur. Mais enfin cette objection pouvant être faite nous pensons que la recherche de l'hydropisine pourrait trancher cette question d'une manière définitive.

Malheureusement, le hasard nous a fait rencontrer une expectoration dans laquelle cette recherche était impossible. La détermination de l'hydropisine repose, avons-nous dit, sur des filtrations. Or le liquide sur lequel nous avons opéré était tellement visqueux qu'il n'y avait évidemment pas lieu de songer à une filtration, nous ne pouvons donc que conseiller cette recherche dans les cas où l'expectoration est séreuse, semblable en apparence à celle de la plèvre comme celles, par exemple, sur lesquelles ont opéré MM. Bougarel et Daremberg.

Renonçant donc à la détermination quantitative des diverses matières albuminoïdes contenues dans l'expectoration, nous nous sommes borné à un arrosage en masse de toutes les matières organiques que l'on peut rapprocher d'un dosage semblable mais plus complet des matières albuminoïdes de la sérosité pleurale.

Le malade qui a fourni cette expectoration était âgé de 56 ans; il était entré à l'Hôtel-Dieu, salle St-Charles, dans le service de M. R. Tripier. — Sa pleurésie remontait à une époque indéterminée mais probablement ancienne. Une première ponction, faite le 21 octobre avec un appareil aspirateur, donna d'abord issue à 1,400 c. c. de sérosité. Alors des quintes de toux commencèrent et devinrent si intenses qu'on dût s'arrêter lorsque 1,600 c. c. eurent été évacués, consécutivement il y eut une expectoration très-abondante (2 crachoirs) séreuse, écumeuse, précipitant abondamment par la chaleur, l'acide azotique et l'acide picrique. Au

microscope on y trouva beaucoup d'hématies et quelques leucocytes. — Le 23 octobre, il y eut de véritables crachats safranés.

La deuxième ponction (1) celle dont les produits ont été analysés fut faite le 28 octobre, elle donna 2450 c. c. de liquide citrin à réaction alcaline, densité 1,022 — assez limpide, précipitant très faiblement par l'acide acétique

Analyse de la sérosité pleurale

Eau.			945,28
Matières solides			54,72
Matières albuminoïdes	Albumine	25,69	48,28
	Hydropisine	22,59	
	Mucosine traces		
Sels.			6,44

L'expectoration fut cette fois bien moins abondante que lors de la première ponction, bien que le liquide pleural eût été totalement évacué. Elle était grisatre, très-visqueuse ; on y voyait quelques rares crachats safranés. Elle commença peu après la ponction et dura environ 24 heures. La quantité totale peut être évaluée à un peu plus d'un crachoir (3/4 de litre environ).

Analyse de l'expectoration

Eau		976,86
Matières solides		23,14
Matières organiques	mucosine-Albumine	15,87
	fibrine-matières grasses	
	Cellules épithéliales, globules, etc, etc	
Sels.		7,27

En résumé, la proportion des matières solides de la sérosité pleurale est double de celles de l'expectoration des matières albuminoïdes qui figurent dans la première pour 48,28 (pour 1000) ne s'élèvent dans la deuxième qu'à 15,87 et encore dans ce chiffre se trouvent compris une certaine quantité de graisse, des cellules épithéliales, des globules blancs et rouges, probablement de l'urée enfin des matières albuminoïdes diverses.

En effet une expectoration diluée dans l'eau distillée précipitait abondamment par l'acide acétique (mucosine). Nous avons obtenu non sans difficulté quelques gouttes de liquide filtré et la chaleur

(1) Une troisième ponction faite le 13 novembre a donné encore 1,700 c. c. de sérosité. Mais cette fois il n'y a pas eu d'expectoration albumineuse. — Depuis le malade a succombé.

a donné un précipité évident mais non très considérable (approximativement 4 pour 1000) d'albumine. Enfin nous avons constaté en outre la présence de la fibrine.

Nous insisterons plus particulièrement sur la présence de ce dernier principe. En effet la fibrine est plus particulièrement un produit d'activité cellulaire ; sa présence semble indiquer qu'il peut y avoir parfois plus qu'une transsudation séreuse, une véritable inflammation.

Conclusions.

Les analyses d'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse prouvent que leur composition chimique peut varier dans des limites assez étendues ; la proportion des matières albuminoïdes en particulier (Daremberg 1 pour 1000. — Dujardin-Beaumetz 4 pour 0/0. — Bougarel 14 — dans la présente analyse 15,87.

Cette analyse, comme celles précédemment faites, montre une différence considérable entre le liquide expectoré et la sérosité pleurale.

L'hydropisine ayant toujours été trouvée dans le liquide des cavités séreuses, il y aurait lieu de la rechercher dans l'expectoration. Son absence bien constatée dans ce dernier liquide, alors surtout qu'on l'aurait trouvée dans la sérosité pleurale, établirait entre ces deux humeurs une différence essentielle.

Enfin la présence d'une quantité relativement considérable de fibrine dans certaines expectorations albumineuses, suite de thoracentèse fait supposer qu'à la suite de cette opération il y a quelquefois non-seulement une transsudation séreuse occasionnée par la congestion, mais une véritable inflammation.

EXTIRPATION D'UN KYSTE DU LIGAMENT LARGE DE LA MATRICE

par M. le Dr GAYET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Une chose qui contribue le plus à la réserve avec laquelle les chirurgiens conseillent et pratiquent l'ovariotomie, c'est sans contredit, l'obscurité de certaines parties du diagnostic.

Malgré l'attention la plus scrupuleuse, malgré les recherches les plus exactes et l'induction la plus réservée, il est rare qu'avant de donner le premier coup de bistouri, on sache bien, quelles adhérences la tumeur a contractées avec les parties voisines,

quel est l'état de son pédicule, quels sont ses rapports avec l'utérus, toutes choses qui ont néanmoins une importance capitale.

Tant que ces sujets ne seront pas éclaircis, je regarderai comme un devoir pour tout opérateur de dire quels faits il a observés, quels résultats il a obtenus, même quand ces résultats ne lui ont pas été favorables

Le 9 octobre 1873, la nommée D. âgée de 42 ans, née à Aix-les-bains entre dans mon service, salle St- Paul n° 57. Veuve depuis 7 ans et n'ayant jamais eu d'enfants, elle fait remonter le début de sa maladie au commencement de son veuvage.

Son apparence extérieure est très satisfaisante et quoi qu'elle dise avoir beaucoup maigri, elle est encore d'un fort bel embonpoint. La seule infirmité dont elle se plaigne en dehors de sa tumeur abdominale, est un œdéme de la jambe droite dû probablement à une phlébite centrale entretenue par un ulcère variqueux.

L'abdomen mesure 117c. à l'ombilic, et 57c. de l'appendice ensiforme à la symphyse pubienne.

Les intestins, à en juger par leur sonorité, sont réfugiés dans les hypochondres et sous le rebord des côtes, les parois du ventre sans vergéture, ni apparence de vaisseaux dilatés.

La fluctuation est manisfeste par toute la tumeur, et d'après ce signe, il est permis de supposer qu'il existe une poche kystique unique et sans connexion avec aucune masse solide.

Ainsi du côté de l'abdomen tous les signes d'un kyste ovarien unique et rempli d'un liquide assez fluide.

Le toucher vaginal fait reconnaitre de son côté que l'utérus est assez élevé, un peu incliné à droite, le col regardant à gauche, ce qui implique un pédicule court.

Le toucher rectal n'indique rien de particulier.

Reste la question des adhérences.

A mon avis, la chirurgie ne possède à l'heure qu'il est aucun moyen de la résoudre. Dans le cas particulier que je signale, l'absence de toute douleur, l'intégrité de toutes les fonctions digestives, la santé florissante du sujet sont autant de raisons d'espérer que le kyste n'a jamais été le siége d'aucun travail inflammatoire qui ait pu le souder aux parois; mais comme on le verra plus loin, cette espérance légitime devait être déçue.

Quoi qu'il en soit, et malgré certains doutes que tout chirurgien avisé doit garder en pareille circonstance, le cas me parut

favorable à une intervention chirurgicale, vivement sollicitée, d'ailleurs, par la malade.

Le 22 octobre, cette femme étant anesthésiée avec l'éther, je pratique sur la ligne blanche une incision de cinq centimètres environ, qui me conduit rapidement sur le kyste.

J'espérais que dans le cas de non adhérences et de cavité unique, je pourrais l'extraire à travers une ouverture aussi petite, mon espoir ne dura pas longtemps, et à peine la ponction eut-telle laissé écouler une certaine quantité d'un liquide séreux et louche, que je vis la paroi abdominale, tout autour de l'ombilic, s'enfoncer par la traction exercée sur le kyste; je dus agrandir jusqu'au nombril ma première incision, et aller avec la main détacher doucement les fausses membranes, assez peu tenaces du reste, qui soudaient le péritoine dans une étendue de 20 centimètres carrés environ.

La satisfaction que j'éprouvais dans la facilité de cette première partie de ma tâche ne fut pas de longue durée; le kyste entièrement sorti de l'abdomen ne se pediculisait pas, et bientôt l'exploration directe me démontrait que la tumeur appliquée au côté gauche de l'utérus, plongeait dans le petit bassin, enveloppée par le ligament large. La trompe gauche pouvait être suivie sur la face antérieure de la poche depuis son origine utérine jusqu'à sa terminaison et bien que l'ovaire ne pût être retrouvé, je pensai tout de suite, qu'au lieu d'une poche ovarique, j'avais sous les yeux un de ces myomes kystiques développés dans cette atmosphère musculo-celluleuse qui occupe le ligament large, tout contre le bord de la matrice.

Que fallait-il faire ?

Je songeai d'abord à amputer l'utérus et à emporter avec lui la tumeur qui lui était accollée; mais je renonçai bien vite à ce parti qui me sembla trop dangereux.

Je me souvins alors que dans une circonstance précédente j'avais énucléé sans trop de peine une tumeur fibreuse du ligament large, et je crus pouvoir user du même moyen. Je décollais donc doucement avec mon doigt, le revêtement péritonéal du kyste, et j'arrivai assez facilement à délivrer toute la partie antérieure de la tumeur, mais à mesure que je me rapprochais de la matrice, en avant et en arrière, la manœuvre devenait tellement difficile que je me vis, à mon grand regret, obligé d'y renoncer ; Je compris en outre à quels dangers d'hémorrhagie je m'exposerai

en essayant une espece de décortication utérine, au milieu d'un tissu très riche en vaisseaux artériels et veineux.

Il ne me restait plus qu'un parti à prendre et plut à Dieu que je m'y fusse arrêté tout de suite! Je jettai surtout le pourtour du kyste, aussi près que possible de son cul de sac pelvien, une série d'anses de fil de soie avec lesquelles je serrai les parois assez solidement pour pouvoir ensuite les découper sans crainte d'hémorrhagie. J'emportai ensuite les 19 vingtièmes de la poche, et il ne resta plus que son fond pourvu d'une série de ligatures, le tout ressemblant assez bien à une bourse munie de ses cordons.

Les choses ainsi disposées, je songeai à fermer la plaie abdominale.

Toute sa moitié supérieure fut suturée à la manière ordinaire, je n'ai rien à en dire. Quant à la moitié inférieure, je ne voulus pas en affronter les bords, mais à l'aide d'un grand nombre de sutures métalliques je les soudai à tout le pourtour de la portion restante du kyste, de façon à ce que celui ci pût, plus tard, librement suppurer au dehors.

L'opération avait duré une heure et demie environ; la malade paraissait en excellent état. et elle fut reportée à son lit sans aucun incident.

Avant d'aller plus loin, je dirai que la journée du 23, celle du 24 et du 25 se passèrent sans le moindre accident. Tout faisait présager un succès, l'ètat des forces, l'absence dé douleurs et de gonflement abdominal, l'expulsion facile des gaz en étaient les gages, lorsque le 26, le facies se grippa, le pouls devint filiforme et accéleré, le délire survint, des accidents septiques se prononcèrent rapides et redoutables et en 24 heures la mort emporta ma pauvre malade.

L'autopsie me révéla la cause de cette terminaison fatale. La cavité peritonéale et les intestins étaient absolument intacts; la plaie resoudée partout, mais le tissu cellulaire pelvien et iliaque, qui avait été decollé dans la tentative d'énucléation que j'ai signalée, était tombé en gangrène, des fusées s'étaient produites le long du psoas et des gaz fétides formaient dans toute la région une emphysème dont la terrible influence s'explique sans peine. Nul doute que si j'avais exécuté immédiatement cette extirpation incomplèto à laquelle je me suis arrêté plus tard, nul doute, dis-je, que nous aurions pu voir se dérouler et probablement aboutir à

bien la suppuration partielle du kyste.

Mais, je l'ai dit en commençant, précisément parce qu'il a été malheureux, ce fait porte avec lui d'utiles enseignements; essayons de les faire ressortir :

1° Au point de vue du diagnostic.

Ce n'est pas la première fois qu'on a pris pour des kystes de l'ovaire des tumeurs kystiques développées dans le ligament large aux dépens des parois externes de l'utérus ou du tissu musculo-vasculaire qui l'environne. Virchow dans son Traité des tumeurs signale plusieurs exemples qui n'avaient pas d'autre origine. Moi même, il y a deux ans, j'ai extirpé chez une dame un myome kystique développé dans la paroi postérieure de la matrice, dont rien ne m'avait révélé la véritable nature. Averti par ces deux faits, je déclare que dorénavant je serai beaucoup plus attentif aux rapports de la matrice avec la tumeur, et que je me défierai beaucoup plus, de ce qu'on appelle les pédicules courts.

La matière du liquide doit encore jouer un rôle important dans le diagnostic. Dans les deux cas où j'ai pu m'en convaincre, au lieu de la sérosité citrine des kystes ovariens uniloculaires ou des liquides filants diversement colorés des poches multiples, j'ai trouvé un fluide séreux, jaunâtre, mais louche, ne se coagulant pas par la chaleur ni par l'acide nitrique. Si l'expérience finissait par montrer la nature du liquide ; commandé par la nature de la tumeur, on devrait, toutes les fois, que des rapports serrés de la matrice avec le néoplasme permettent de supposer un myome, on devrait, dis-je, faire la ponction.

Le diagnostic, une fois précisé, devrait-on abandonner les myomes pour n'opérer que les kystes vrais de l'ovaire. Je ne le pense pas, et je ne crois pas les premiers au-dessus des ressources de la chirurgie ; seulement il faudrait renoncer à leur extirpation totale, et employer vis-à-vis d'eux la manœuvre, qui m'aurait, je crois, réussi, sans un malheureux essai d'énucléation. Théoriquement, cette mise à découvert du fond d'un kyste, ne paraît pas présenter des dangers exceptionnels, si l'on a le soin de faciliter l'issue de la suppuration, et l'on comprend très-bien la cicatrisation d'une semblable cavité. Il y a toutefois une distinction importante à faire suivant qui les myomes kystiques se seront développés dans la paroi même de l'utérus, ou bien, tout contre lui, dans l'atmosphère du ligament large. Quand la paroi utérine est engagée pour une grande partie dans la tumeur, il est nécessaire d'ex-

tirper l'organe et cette perspective peut faire reculer l'opérateur le plus hardi. Quand, au contraire, on peut espérer l'intégrité de l'utérus, il est raisonnable de tenter la cure, avec de bonnes chances de la voir aboutir.

Sans tirer du fait que je viens de raconter brièvement, toutes les conclusions qui en découlent au point de vue de l'anatomie pathologique, et en me plaçant simplement à celui de la pratique, je dis :

1° Que les myomes kystiques sont assez fréquents, pour qu'il soit toujours nécessaire de songer à eux lorsqu'on fait le diagnostic différentiel d'une tumeur ovarique.

2° Que toute circonstance tendant à faire croire à un pédicule court, comme l'élévation du col, son inclinaison, ses connexions avec la tumeur, doivent attirer l'attention et faire songer à un kyste utérin ou du ligament large.

3° Que dans ce cas on doit pratiquer une ponction préalable, le liquide ayant certains caractères qui peuvent éclairer le diagnostic.

4° Que si l'on arrive à diagnostiquer un myome kystique, il devient du plus haut intérêt de savoir s'il est développé dans les parois de l'utérus ou très-près de la surface.

5° Qu'enfin, si on se décide à opérer, il faut se garder d'énucléer la racine, mais emporter la plus grande partie des parois, en soudant le pourtour de la poche au pourtour de la plaie.

SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LYON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE.

Présidence de M. Girin.

Séance du 2 mars.

La Société a reçu.

1° Une lettre du comité de l'École vétérinaire lui demandant de prendre part à une souscription ouverte pour élever une statue à Bourgelat; la question est renvoyée au bureau pour être examinée.

2° Une lettre de M. le Dr Paul Meynet demandant à être inscrit parmi les candidats au titre de membre titulaire et envoyant un travail *Sur la Pleurésie des enfants*. M. Soulier est chargé faire un rapport sur ce travail.

La Société a reçu en outre.

Un n° *de la Revue médico-chirurgicale;*

— *du Lyon médical;*
— *du Marseille médical;*
— *de la Revue d'hydrologie;*
— *du Journal de médecine de l'Ouest;*

et le programme des concours ouverts par la Société des sciences, arts et agriculture de Lille.

Une lettre de M. Dutreux, de Namur, demandant le titre de membre correspondant.

M. Pétrequin engage les membres de la Société à fournir tous les renseignements possibles à la Commission des maladies régnantes pour le rapport trimestriel.

Suite de la discussion sur la méthode de Brand.

M. Teissier. Je ne suis point, comme paraît le penser M. Soulier, hostile à la méthode de Brand ; je n'ai pas de parti pris et j'observe ; non-seulement je ne suis pas un ennemi de la méthode, mais je suis grand partisan de l'emploi du froid dans les fièvres graves. En 1835, j'ai vu Gensoul employer le bain froid dans une fièvre éruptive ; j'ai entendu plus tard M. Bonnet, parler de la méthode de Récamier , bains froids et affusions froides, et je l'ai vu, en 1842, conseiller le drap mouillé dans un cas de fièvre typhoïde trè-grave , à forme ataxo-adynamique , et l'emploi répété de ce moyen amena la guérison. En 1843 , Scoutetten a conseillé l'hydrothérapie dans les fièvres graves. Depuis lors j'ai eu souvent l'occasion d'employer les affusions et les compresses froides, et j'ai eu à m'en louer ; mais il y a loin de là à la méthode de Brand, qui répudie une pratique aussi timide et ne cadrant pas du reste avec sa théorie. Pour Brand, en effet la fièvre typhoïde est une fermentation ; et l'élévation de température est la cause de presque tous les accidents ; pour lui les phénomènes sont distingués en primitifs du au ferment typhique, et en consécutifs dus à l'élévation de la température (lésions intestinales, phénomènes nerveux, hypostases, perforations, eschares.) Il suffit, d'après lui, d'isoler le ferment ; or je le répète, je ne puis admettre cette théorie, qui n'est pas soutenue du reste par MM. Soulier et Chavanne. La fièvre typhoïde n'est pas une fermentation, c'est une intoxication qui amène la fièvre, et l'élévation de température. Je ne pense pas que la théorie de Brand, attaquable au point de vue pathologique, ne le soit pas au point de vue thérapeutique. Pour cet auteur, il faut absolument diminuer la température, constamment maintenir les rémissions et prévenir les exaltations. Or les bains n'agissent pas par soustraction de calorique ; ils ne diminuent la température que de 1/10, 2/10, 5/10, de degré ; ce n'est donc pas là leur véritable action. Ils agissent en modifiant profondément la sensibilité de la peau et l'innervation ; le tracé que nous a présenté M. Bondet montre que le bain agit en modifiant la tonicité des capillaires. En somme, je ne crois pas que la température soit la cause des accidents ; je ne puis donc pas croire qu'elle puisse être la base d'une thérapeutique logique. Que diront les partisans de la méthode en présence des faits de fièvre typhoïde avec collapsus, dans lesquels la courbe thermique peut baisser considérablement ; hé bien ! je soutiens que dans ces cas il faut donner le bain froid ; le collapsus n'est pas une contre indication, et tout récemment

M. Béhier s'est très-bien trouvé du bain froid dans des cas de ce genre.

Si le bain froid n'agit pas en abaissant la température, s'il agit au contraire en régularisant la sensibilité, je comprends alors son action contre l'ataxie, contre l'adynamie, mais je ne vois pas la nécessité d'en donner un toutes les trois heures. Les partisans de la méthode sont assurément très-forts sur le terrain des faits, mais il faut se tenir en garde contre les statistiques et l'engouement. M. Delaroque, dans ses statistiques, avait une mortalité de 8 %; en employant sa méthode des purgatifs, Andral, Beau, Piédagnel arrivaient à 6 %. Brand accuse une mortalité de 0 %; mais ce chiffre ne peut se soutenir, et les statistiques de ses imitateurs sont bien différentes : Liebermeister 9 %, Ziemssem 7 %, Stohr 6, 6 %, M. Soulier faisait remarquer que ces derniers n'emploient pas la méthode pure ; c'est ce que M. Bouillaud disait déjà de ceux qui n'avaient pas ses succès avec les saignées coup sur coup. Aux partisans de la méthode je dis : Vous prétendez qu'elle est toujours innocente, ce n'est pas possible, et je ne puis admettre une méthode aussi implacable dans les cas simples ; vous n'admettez pas de contre-indications, c'est une exagération ; il n'y a pas de méthode complètement sûre ; et j'avoue que, sans être aussi exigeant que vous, je regarderais comme un résultat magnifique que vous fussiez arrivé à une mortalité de 4 à 5 %.

Je me résume et je conclus ; le bain froid peut être extrêmement utile, mais dans une certaine mesure, pas toujours et pas dans tous les cas ; il ne faut pas l'employer dans les cas bénins, quand la température ne dépasse pas 39°5 ; on doit attendre des phénomènes un peu sérieux ; je ne crois pas non plus qu'il faille le donner aussi fréquemment. Je pense donc que, en ville surtout, on peut se borner aux affusions froides, à l'enveloppement avec le drap mouillé, moyens qui sont plus commodes et plus sûrs.

M. Bondet. Je suis personnellement engagé à rectifier ce que M. Soulier a dit de ma malade. Les statistiques disent tout ce qu'on veut, elles sont élastiques et souples. M. Soulier nous a parlé d'abord de 55 cas avec 55 guérisons; à la fin, il a avoué un cas de mort. Quant à ma malade, entrée à l'Hotel-Dieu le 26 janvier et malade depuis le 21, elle fut vue le 26 par l'interne du service, le 27 par M. Mollière et par moi; et si nous discutâmes à ce moment le diagnostic et fîmes de l'expectation, le 28 l'apparition de taches rosées ne nous laissa plus de doute: nous avions affaire à une fièvre typhoïde à forme adynamique, très-grave à cause du milieu où elle avait été contractée, à cause de la dépression morale, à cause de l'intolérance très-grande pour les aliments. Je vis là une fièvre typhoïde indiscutable, et j'en fis le sujet d'une leçon; quelques jours après je vous en parlai; il y a donc eu diagnostic public, aprés une discussion sérieuse, et ce fait présente autant de garanties que ceux acceptés par M, Soulier. La malade est envoyée au bain froid, il y a une amélioration, on accepte le fait; puis la malade meurt, et alors on supprime le fait, on n'en veut plus, c'était une granulie, une phthisie galopante. la malade n'a pas présenté les signes de ces affections. Et je ne puis m'empêcher de dire qu'une statistique ainsi faite est singulière, fantaisiste, impossible à accepter.

M. Rodet désire rectifier les opinions émises sur sa communication. A M. Passot il répond que ses faits n'ont pas été donnés par lui comme des méningites, mais bien comme cinq cas de fièvre typhoïde avec complications cérébrales. A M. Chavanne qui craint de voir cette pratique provoquer une réaction, il dit que les vessies de glace sont maintenues constamment sur la tête pendant plusieurs jours (pendant 12 à 13 jours dans un cas). M. Soulier a dit que ces applications n'agissent que localement, et n'abaissent la température que de $^{2}/_{10}$ de degré; elles agissent localement, il est vrai, mais pendant 24 heures sur 24, tandis que le bain n'agit que 8 fois par jour pendant $^{1}/_{4}$ d'heure, soit 2 heures sur 24

M. Allix pense qu'il faut se précautionner contre les statistiques de Brand donnant une mortalité de 6 %, puisqu'on a dit dans la dernière séance que 4 français soignés par lui sont morts. Il faut du reste se rappeler qu'il y a de grandes différences dans la gravité des épidémies, et dans la gravité des maladies suivant les milieux dans lesquels elles sont nées.

M. Rambaud. Je crois que la question est suffisamment étudiée aujourd'hui. et j'ai été extrêmement frappé des résultats obtenus; l'empirisme a parlé, et je m'incline devant les faits, tout en désirant faire quelques objections. Il y a bien des années qu'on emploie l'eau froide comme moyen de réfrigération; mais je m'insurge contre l'explication donnée par Brand de son action; au lieu d'invoquer la théorie de la fermentation qui n'est qu'une hypothèse, j'aimerais mieux dire que je ne sais pas, et je préférerais la théorie de M. Teissier. Quelque bons résultats qu'ait donnés la méthode de Brand, j'ai des appréhensions pour son avenir. Il faudra se préoccuper de certaines constitutions médicales, et se préoccuper aussi des individus, car la méthode telle qu'on nous la donne supprime l'observation médicale, et au médecin elle substitue un infirmier, un bain et un thermomètre. Il faudra tenir compte aussi des complications, la pneumonie de la malade de M. Bondet a peut-être été prise au bain.

Pour ce qui est des applications locales comme réfrigérants, je n'ai pas en elles une très grande confiance, elles m'inspirent même de la terreur; la digitale, la vératrine, le sulfate de quinine me font encore plus peur; et en résumé je préfère le bain froid général, si je dois produire la réfrigération.

M. Chappet apporte un nouveau document; il s'est produit hier un nouveau cas de mort à l'Hôtel-Dieu, ce qui fait actuellement 3 morts sur 58 cas.

M. Soulier regrette que le temps ne lui permette pas de répondre aux objections qui lui ont été faites Il persiste à ne pas vouloir laisser mettre au passif de la méthode de Brand l'observation de M. Bondet: 1° parce que le diagnostic a été un sujet de doute; 2° parce que le traitement a été mal fait; 3° parce que la malade a eu un muguet méconnu, survenu probablement dès les premiers jours du traitement hydrothérapique, indépendant par conséquent de celui-ci, muguet qui a empêché de nourrir la malade.

Ce muguet a été reconnu et combattu seulement le septième jour du traitement; le borax l'a fait rapidement disparaître et aussitôt l'appétit est revenu; c'était trop tard. D'ailleurs la pneumonie, bien loin d'indiquer la cessation du traitement par les bains froids demandait qu'ils fussent continués.

La séance est levée à 8 heures 3/4

Le Secrétaire adjoint,

P. Marduel

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES.

Présidence de M. Laroyenne.

M. Drivon fait une communication sur l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracenthèse (V. P. 534).

Discussion.

M. Mollière (H) regarde l'expectoration albumineuse comme un phénomène de peu d'importance. M. Gubler avait depuis longtemps signalé l'albuminurie à la suite de toutes les affections exsudatives; il se passe pour la pleurésie ce qu'on voit dans ces affections. On sait en effet, d'après les expériences de Calmette, que toutes les substances protéiques injectées dans le système circulatoire, sont rejetées par l'urine sous forme d'albumine.

Il croit donc, qu'après la thoracentèse, le liquide de la plèvre ou non complètement évacué, ou immédiatement reproduit, est rejeté par le poumon et donne lieu à cette expectoration albumineuse.

M. Drivon fait observer qu'il n'y a qu'un petit nombre d'observations où ce phénomène soit relaté et que, sur ce petit nombre de cas, 4 se sont terminés par la mort. Il croit donc que ce phénomène mérite qu'on l'étudie; l'origine du liquide, telle que l'a établie M. Mollière, est au moins douteuse, et il demande pourquoi le liquide est éliminé par le poumon; il pense que ce n'est pas le liquide pleural qui est rejeté, car l'expectoration est quelquefois plus abondante que le liquide obtenu par la thoracentèse.

M. Mollière oppose 2 objections à M. Drivon : 1° On ne sait pas si l'on a évacué tout le liquide pleural. 2° La puissance absorbante de la plèvre est très-considérable. L'expérience de Feltz qui n'a jamais pu déterminer un hydrothorax permanent en est la preuve évidente.

M. Colrat fait observer qu'on doit faire sous le rapport de l'absorption une différence entre la plèvre saine et la plèvre enflammée; dans cette dernière en effet, les lymphatiques sont obliterées comme l'ont démontré les recherches de Wagner et de Cornil, et l'absorption peut être nulle.

M. Mollière (H) cite une observation prise dans le service de M. Meynet. Il s'agissait d'une pleurésie purulente dans laquelle on fit une injection iodée; on retrouva dans l'urine, après l'injection, des quantités considérables d'iode.

M. Colrat rappelle qu'à la Société médicale des hopitaux où cette question de l'absorption de l'iode injecté a été soulevée, on n'a pu établir les conditions de l'absorption de l'iode, qui tantôt est absorbé, tantôt au contraire ne se montre dans aucune sécrétion ; mais, la meilleure preuve que l'absorption ne se fait pas dans la plèvre, c'est que le liquide persiste.

M. Soulier accepte la théorie de la congestion pulmonaire. Il relate ce dont il a été témoin dans le service de M. Charcot et qui rappelle les accidents consécutifs à la thoracentèse.

Il s'agit d'une femme atteinte d'arthrite chronique des deux genoux. M. Charcot fit sur cette femme des manœuvres pour étendre les deux jointures ; la douleur fut excessive, et environ 20 minutes après, la malade fut prise de suffocation et expira en 10 minutes ; à l'autopsie on trouva l'arbre aérien rempli d'écume.

M. Laroyenne rappelle un fait analogue survenu dans son service; une malade avait été étherisée, on lui avait fait des tractions très-fortes pour étendre nne jointure ; lorsque la malade fut reportée à son lit, elle fut prise de suffocation et mourut. La mort fut mise sur le compte de l'éther, mais M. Laroyenne se rappelle que les bronches étaient pleines de mucosités.

M. Tripier présente un malade atteint de pleurésie purulente ancienne, avec fistule thoracique et déformation considérable.

M. Laroyenne demande si l'on s'est assuré que les côtes ne sont pas cariées. Il a observé un certain nombre de malades atteints de caries costales consécutives à des pleurésies purulentes. Ces suppurations osseuses sont accompagnées plus souvent d'albuminurie que les suppurations des parties molles.

M. Tripier a constaté l'albuminurie dans deux cas d'ulcères de la jambe, mais dans les deux cas, la guérison de l'ulcère n'a pas été suivie de la disparition de l'albumine. D'après les renseignements fournis par M. Ollier, les suppurations osseuses seraient fort rarement compliquées d'albuminurie à Lyon au moins.

M. Icard demande si la thoracentèse aurait pu empêcher la déformation.

M. Tripier est convaincu qu'elle n'aurait pas existé ou aurait été peu apparente, si la thoracentèse avait été faite de bonne heure, et même seulement alors que la pleurésie était purulente ; à l'appui de son assertion, il rappelle le malade qu'il a présenté à la Société au mois d'août dernier.

M. Fochier présente un fœtus porteur de vices de conformation multiples. L'examen extérieur fait reconnaître l'absence du globe oculaire droit, l'imperforation de la narine droite, et un développement du frontal et du maxillaire supérieur du même côté.

A l'autopsie, on constate l'absence du nerf olfactif droit et de la scissure cérébrale correspondante, l'intégrité des deux nerfs optiques du chiasma etc. Un globe oculaire rudimentaire existe dans le fond de l'orbite droit, très-

étroit du reste, il a la grosseur d'une lentille, mais on peut y reconnaître toutes les membranes constituantes, le cristallin et l'humeur vitrée. La fosse nasale droite manque, la cloison et le vomer sont soudés et confondus avec les cornets et le maxillaire : les germes dentaires existent dans le bord alvéolaire. On reconnaît en outre l'absence de l'œsophage presque sur toute sa longueur. Le poumon gauche n'a qu'un seul lobe, et le droit n'est représenté que par un lobule de la grosseur d'une aveline, de telle sorte que le cœur occupe le côté droit de la cage thoracique.

Enfin sur le pariétal droit existe une fausse suture horizontale, partant de la fontanelle occipitale, pour aboutir un peu au-dessous de la bosse pariétale. On pourrait croire à une fracture ancienne.

Le fœtus est mort pendant un travail avant terme (7 mois et demi), par suite d'une procidence du cordon avant la dilatation de l'orifice.

Le cordon de longueur moyenne, s'insérait sur les membranes, au niveau de l'orifice utérin. Les artères et la veine divergeaient de là pour aller rejoindre le placenta et formaient un triangle de 15 centimètres de hauteur, et de 8 de base. Cette disposition rend compte de la procidence et de la difficulté du refoulement, qui fut impossible.

La mère avait eu un enfant à terme quatre ans auparavant, la grossesse n'avait rien présenté de particulier.

M. Gros présente la trachée et le corps thyroïde d'un malade mort de granulie aigue dans le service de M. Ollier.

DISCUSSION.

M. Fochier demande si dans le doute où l'on était sur la cause de l'asphyxie, on n'a pas examiné le tirage ; la dépression épigastrique et susclaviculaire pendant l'inspiration, est un excellent signe d'une oblitération de la trachée, bien meilleur que le cornage.

M. R. Tripier, rappelle l'état du malade au début de l'asphyxie, alors qu'il était dans son service.

Le diagnostic était fort difficile, le lobe médian du corps thryoïde n'était pas pris et l'on ne sentait aucune tumeur entre le sternum et la trachée, mais l'on avait des rales sonores très-intenses, la respiration trachéale, de la cyanose, la dilatation des veines des membres supérieurs seulement, de plus, la trachée était deviée latéralement et très-aplatie. Tous ces signes faisaient penser à une oblitération trachéale par une tumeur qui aurait en même temps comprimé la veine cave supérieure ; en même temps il y avait augmentation de la température, ce qui rendait le diagnostic plus difficile, néanmoins M. Ollier lui-même était dans le doute et a fait placer ce malade dans son service pour pratiquer la trachéotomie si les signes de compression devenaient plus nets.

Mais alors les symptômes ont changé, l'asphyxie a augmenté sans signe de compression de la trachée ou des veines plus manifestes. L'auscultation a fait entendre des râles humides généralisés dans les deux poumons de sorte qu'il était évident qu'on avait affaire à une asphyxie pulmonaire.

M. Laroyenne insiste sur ce qu'a dit M. Fochier au sujet du tirage. La

déviation de la trachée et la dilatation des veines des membres supérieurs pouvaient bien faire penser à une asphyxie trachéale, mais l'absence de tirage seulement devait suffire pour empêcher la trachéotomie.

M. Clément revient sur les altérations qu'on a trouvées dans le larynx, il demande si l'on a constaté par le laryngoscôpe la paralysie des cordes vocales.

M. Gros répond que l'examen n'a pas été fait.

Le Secrétaire annuel,
Colrat.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

Sur les ligatures phéniquées, par Gray. — A la séance du 2 mai 1873 de la Société médicale de Bombay, M. Gray a communiqué un cas de ligature de la carotide primitive pour un anévrysme. Voici les points intéressants de cette observation :

Le fil à ligature employé était un fil de soie, préalablement trempé pendant deux jours dans une solution huileuse forte d'acide phénique. La ligature une fois placée et le nœud serré, le fil fut coupé au ras du nœud. La plaie se cicatrisa parfaitement; mais deux mois et quatre jours après l'opération, le malade mourut emporté par l'épuisement et le scorbut. A l'autopsie, on retrouva la ligature telle qu'on l'avait placée, mais enveloppée de tissu fibreux; le fil n'avait été en aucun point ni absorbé ni altéré. Les parties environnantes étaient tout à fait naturelles et saines, et présentaient le même aspect que si on n'y eût jamais touché. En ouvrant l'artère, on trouva la tunique externe intacte, les deux autres divisées; néanmoins la lumière du vaisseau était diminuée, mais libre, sauf au niveau même de la ligature où l'oblitération était complète; le vaisseau ne renfermait que quelques petits débris de caillots mous.

D'après les remarques ajoutées par M. Gray, ce cas démontrerait qu'une ligature en soie, préparée et appliquée convenablement, n'expose nullement au danger d'être un corps étranger irritant, quand on l'abandonne dans les tissus ; et que, si la soie demande plus de temps pour être absorbée que la corde à boyau, elle expose d'autre part à moins de risques que cette dernière. (*Lond., med. record*, 24 décemb. 1873)

Arrachement de tout le membre supérieur et de l'omoplate, par Katholitzky (*Wien. medizin Zeitung*, 11 nov. 1873). — Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, maçon, qui

fut pris, pendant son travail, par une poulie mue par une machine à vapeur, fut jeté violemment contre le balancier de la machine et retomba de l'autre côté de l'échafaudage avec un bras en moins. On le porta à l'hôpital. Katholitzky constata que le bras et l'omoplate avaient été arrachés ; la plaie, à peine saignante, s'étendait de l'extrémité externe de la clavicule au milieu du sein, longue de 12 pouces, large de 9; l'extrémité acromiale de la clavicule, tout à fait dénudée, faisait saillie hors de la plaie. Après avoir soigneusement lavé à l'eau tiède, on ne put voir aucune artère donnant du sang en battant. Les battements du cœur étaient très-faibles ; on avait peine à sentir la sous-clavière au-dessus de la clavicule. A la place de l'omoplate, il y avait une grande cavité en forme de sac, au fond de laquelle on pouvait sentir les apophyses épineuses des vertèbres. Il y avait, en outre, un large lambeau de peau pendant de haut en bas, et, à la partie supérieure de la plaie, des masses musculaires et nerveuses déchirées ; le moindre attouchement du plexus bracchial déterminait une douleur intense. Katholitzky repoussa ces tissus dans la cavité, diminua la plaie en tenant les lèvres rapprochées au moyen de quatre larges clamps d'acier, de manière à obtenir une plaie triangulaire de la largeur d'une petite main, et fit faire des applications de compresses imbibées d'eau glacée. Au bout de sept semaines, la cicatrisation était complète. (*London, med. record*, 24 décemb. 1873.

Contribution à l'histoire du pansement ouaté, par J. Boeckel. Ce travail, appuyé sur 17 observations, se termine par les conclusions suivantes :

Le pansement ouaté peut être employé dans toute espèce de plaies, puisqu'il a pour but principal de les préserver du contact de l'air. Pour réussir, il faut qu'il réalise les deux conditions suivantes : filtration convenable de l'air et compression élastique régulière. Pour cela, la ouate employée doit être en quantité suffisante, et la compression exercée au moyen de bandes de toile serrées énergiquement. Le coton dont on se sert doit être cardé et n'avoir jamais servi. Il faut le conserver en dehors de la salle des malades et ne le déballer qu'au moment du pansement. Celui-ci ne doit jamais être fait dans la salle, mais à l'amphithéâtre (ou salle d'opérations).

Les règles à suivre dans son application sont les suivantes : L'opération terminée, 1° on commence par lier avec grand soin les moindres artérioles ; pour rendre l'hémostase aussi complète que possible, on fait bien de cautériser les surfaces saignantes, pendant 3 à 4 minutes, avec une solution d'alcool phéniqué au dixième. Les fils à ligature sont coupés au ras de la plaie ou laissés entiers, peu importe. 2° le lavage de la plaie doit être fait ensuite avec un liquide désinfectant quelconque. 3° on dépose un tampon d'ouate phéniquée au fond de la manchette ou entre les

lambeaux, et on entoure le membre d'environ 1 à 1 1/2 kilogramme de coton cardé, en lui donnant partout la même épaisseur.

S'il s'agit d'une amputation ou de toute autre opération pratiquée sur la jambe, on fait monter l'appareil jusqu'au milieu de la cuisse ; s'agit-il d'une amputation de cuisse, on entoure le bassin. Pour les amputations de phalanges ou de doigts, on sépare les doigts restants par des bourdonnets d'ouate, et on dépasse le coude ; on agit de même pour les opérations pratiquées sur l'avant bras. Guérin recommande d'entourer la poitrine. La partie enveloppée d'ouate est serrée énergiquement au moyen de bandes de toile solides.

Les signes sur lesquels on se guide pour défaire le bandage sont : 1° une odeur par trop fétide ; 2° une élévation de température survenue après la fièvre traumatique.

Si la plaie est en bon état, on peut remettre un nouveau bandage ouaté ; s'il est survenu une complication, telle que abcès, fusée purulente ou gangrène, on fera les incisions nécessaires et on enlèvera les parties gangrenées. Guérin n'hésite pas à réappliquer le pansement même dans ces conditions ; Bœckel avoue qu'il n'a jamais osé imiter cette conduite. Enfin l'enlèvement définitif du pansement peut se faire lorsqu'une bonne couche de bourgeons couvre la plaie et s'oppose par sa présence à l'action des corps nuisibles répandus dans l'air.

L'auteur est persuadé que le pansement ouaté, employé tel qu'il vient de le décrire, est appelé à jouer un grand rôle, un rôle vraiment utile et efficace en temps de guerre ou en cas d'encombrement (*Gaz. médi. de Strasbourg*, février et mars 1874).

Les opérations exécutées par M. Bœckel et soumises au pansement ouaté se décomposent ainsi :

4 amputations de jambe, 2 amputations de cuisse, 1 de l'avant-bras, 5 amputations partielles du pied et de la main, 2 résections du coude, 3 hygromas traités par l'incision cruciale ; toutes ces opérations se sont terminées par la guérison.

Un point essentiel à noter est le suivant ; dans six cas d'amputation la compression élastique d'Esmarch a été employée avec un plein succès ; dans un seul cas, il y a eu une hémorrhagie secondaire le dixième jour après l'opération qui était une résection du coude.

Nouvelle méthode de traitement des ulcères. M. Nusebaum, de Munich (*aerztliches correspondenz blatt*, n° 14) croit avoir découvert une méthode sûre pour guérir les vastes ulcères atoniques. C'est avec les meilleurs résultats qu'il a traité soixante cas d'ulcères étendus de la jambe de la manière suivante. Le malade étant anesthésié, on fait tout autour de l'ulcère, à deux centimètres environ, de son bord, une incision comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose ; la plaie ainsi faite donne une hémorrhagie assez abondante ; il est nécessaire

de la bourrer de charpie et d'appliquer par dessus une compression solide ; la charpie agit aussi en empêchant la réunion immédiate des lèvres de l'incision. Le second jour, on enlève cette charpie et on fait un pansement à l'eau jusqu'à cicatrisation complète. L'auteur assure que dès après les premières vingt-quatre heures on observe dans l'ulcère un changement surprenant. La suppuration de séreuse, abondante et fétide, devient normale, inodore, peu abondante ; l'ulcère diminue rapidement, et la cicatrisation, allant du bord au centre, est bientôt complète. L'auteur explique la diminution du pus et les autres changements favorables qui se produisent par ce fait que l'incision divise bon nombre de vaisseaux engorgés, et que les éléments nutritifs, qui étaient auparavant entraînés sous forme de sécrétion abondante, ont alors le temps de fournir une prolifération cellulaire et de se transformer en tissu conjonctif. Il pense que, par ce traitement, on obtient une guérison plus rapide, une cicatrice plus élastique et plus résistante que par l'emploi des méthodes ordinaires. Cette méthode ressemble du reste à celle que l'on emploie souvent dans ulcères atoniques à bords calleux, et qui consiste à pratiquer sur ces bords un certain nombre d'incisions rayonnantes (*London med. record*, 8 avril 1874.)

Nouveau procédé de taille hypogastrique. — Voici le résumé d'un travail envoyé à la Société de chirurgie sur la taille hypogastrique avec suture vésico-abdominale mettant à l'abri des infiltrations urineuses. L'auteur, M. Baudon, étudie l'un après l'autre les différents accidents observés dans les diverses méthodes de taille. La taille hypogastrique, dit-il, a sur les autres l'avantage d'être facile et de permettre d'éviter les fausses routes et l'hémorrhagie ; quant à l'infiltration urineuse, qu'on redoute le plus, l'auteur croit l'éviter avec son procédé. Le malade est endormi, et l'on fait une injection d'acide carbonique dans la vessie. Alors, sur la ligne blanche, on fait une incision de 12 centimètres comprenant la peau et le tissu sous-cutané ; cette incision se termine au pubis. Les muscles droits sont écartés de chaque côté ; la ligne blanche est divisée avec des ciseaux mousses conduits sur le doigt indicateur ; lier les vaisseaux, s'il y a lieu. Nouvelle injection de gaz dans la vessie, si cet organe n'est pas assez distendu pour se placer entre les lèvres de la plaie. On divise la vessie sur une sonde comme on a divisé la ligne blanche ; ne pas faire l'incision trop près du col vésical, pour éviter les plexus veineux. On introduit ensuite, de la vessie vers l'urèthre, une sonde de gomme élastique dont le bec, divisé en deux, porte des fils qui serviront à la suture. On fait alors la suture en renversant en dedans les lèvres de la plaie vésicale dont l'union se fait par la surface celluleuse ; et on laisse à demeure une sonde constamment ouverte. Il est bon d'ajouter que ce procédé, essayé

un petit nombre de fois sur des animaux, n'a jamais été appliqué sur l'homme vivant. (*Gaz. hebdom.* 23 janvier 1874).

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement du tétanos par l'hydrate de chloral. — Le tétanos est une de ces maladies dans le traitement desquelles on essaie à peu près tous les agents de la matière médicale. Le chloral ne pouvait pas attendre longtemps avant d'être préconisé contre le plus terrible des accidents auxquels se trouvent exposés les opérés et les blessés.

On a d'abord tenté d'administrer l'hydrate de chloral aux tétaniques sous forme de potion, et l'on n'a pas obtenu grand succès par ce moyen. Lorsque l'on a pu obtenir ainsi la guérison, qui n'a jamais été en pareille circonstance qu'une exception très-rare, il a fallu pour arriver à une issue heureuse un traitement très-long, un traitement de vingt à vingt-cinq jours ; comme il a fallu pendant tout ce temps administrer chaque jour au malade de très-fortes doses de 10 grammes et plus, on s'est trouvé dans la nécessité de leur faire prendre jusqu'à 200, 250 grammes de chloral ; et tout médecin, qui connaît ce médicament pour l'avoir employé, comprend sans peine qu'il doit être souvent bien difficile d'en faire accepter de pareilles quantités au malade.

On a voulu employer le chloral en injections sous-cutanées, et l'on n'a obtenu aucun bon résultat, ce qui se comprend aisément. Lorsqu'on a voulu injecter des quantités suffisantes de chloral, on s'est trouvé en face de phlegmons et d'abcès déterminés par l'action du médicament sur le tissu cellulaire, et lorsque, pour éviter de pareils accidents, on a eu le soin de n'avoir recours qu'à de faibles doses, la médication est restée sans effet sur une maladie qui ne peut céder qu'à un traitement très-énergique.

M. Oré (de Bordeaux) pense avoir trouvé un mode d'emploi du chloral de nature à remplir toutes les indications voulues pour obtenir la guérison du tétanos. Il conseille et il a déjà pratiqué sur plusieurs malades des injections intraveineuses avec une solution de 10 grammes de chloral pour 10 grammes d'eau. La *Gazette médicale de Bordeaux,* du 20 mars 1871, publie une observation où M. Oré a pu obtenir ainsi la guérison du tétanos au moyen de trois injections, soit 30 grammes de chloral en tout. La disparition des accidents tétaniques n'a été complète qu'au bout d'une vingtaine de jours. Mais l'amendement de la maladie n'a pas été progressif. Les symptômes les plus graves ont cédé très-rapidement dès le deuxième jour du traitement, et l'amélioration du malade s'est trouvée telle après la troisième injection, qu'au quatrième jour du traitement M. Oré a jugé inutile de le soumettre plus longtemps à l'action du chloral. Il a laissé les dernières traces de contracture s'effacer petit à petit sous l'influence d'un traitement qui avait plutôt en vue quelques acci-

dents de broncho-pneumonie, développée à la suite d'une imprudence du malade. Nous serions tout disposés à mettre, avec M. Oré, la prolongation des dernières contractures tétaniques sur le compte du refroidissement qui a amené la broncho-pneumonie.

Les injections de chloral ont été chaque fois suivies d'un sommeil qui s'est accompagné d'anesthésie et qui a duré chaque fois dix à onze heures. L'anesthésie a été si complète que M. Oré a pu en profiter pour pratiquer à son malade une opération très-douloureuse sans qu'il ait manifesté le moindre signe de sensibilité. Il a pu également constater qu'on pouvait à ce moment toucher la conjonctive oculaire sans déterminer le moindre mouvement réflexe.

Malheureusement, à côté des heureux effets de la médication mise en usage par M. Oré, il y a des dangers que le savant chirurgien ne cherche du reste pas à dissimuler. Au moment où le tiers de l'injection a pénétré dans la veine, le malade, dit M. Oré, accuse une sensation de resserrement général dans tout le thorax; il se plaint, il répète qu'il étouffe, qu'il va mourir; les côtes sont immobiles, la face cyanosée. L'opistothonos tend à s'accentuer davantage. En même temps, la bouche se remplit d'une écume blanchâtre, abondante, qui amène, pendant toute la durée de la crise, le besoin de cracher continuellement. On conviendra que de pareils accidents sont faits pour donner à réfléchir au chirurgien qui aurait envie d'imiter l'exemple de M. Oré, d'autant plus que, de l'aveu de ce dernier, ces accidents se reproduisent constamment après les injections intraveineuses de chloral, aussi bien dans les expériences de laboratoire que dans les tentatives de traitement faites sur l'homme. Aussi, malgré les heureux succès obtenus par M. Oré, et bien qu'il annonce que ces accidents si effrayants ne durent guère qu'une demi-minute ou tout au plus une à deux minutes, serions-nous peu disposés à suivre M. Oré dans cette voie.

Le chirurgien de Bordeaux ne semble, du reste, pas complétement rassuré sur les suites possibles de sa médication, car nous lisons dans son observation qu'avant de pratiquer l'injection, il avait eu le soin de faire apporter auprès de son malade et préparé à agir un appareil électrique énergique, à intermittences rapides. Il tenait à avoir ainsi sous la main et prêt à fonctionner le seul moyen connu jusqu'à présent de remédier aux effets du chloral en cas d'accident.

Il faut, du reste, ne pas oublier que le chloral a sur le sang une action coagulante qui a été mise à profit, en Italie, par Luigi Porta, pour le traitement des varices, et qui pourrait bien chez des malades, traités d'après la méthode de M. Oré, amener des accidents d'embolie. (*Gazette médicale de Bordeaux*.)

Traitement de l'otorrhée. — M. Ménière veut que dans le traitement de l'otorrhée on ait toujours soin d'empêcher la stagnation des produits de la suppuration du conduit auditif à

l'aide d'injections fréquemment répétées et toujours assez longues. Aucun instrument n'est plus commode pour cette petite opération, que l'irrigateur dont on place la canule à l'entrée du conduit auditif. On emploiera pour l'injection, qui devra toujours être tiède, soit de l'eau pure, soit de l'eau de goudron, soit une solution astringente d'alun (1 à 5 grammes par 1,000), de sulfate de zinc, d'acétate de plomb.

Quand l'otorrhée s'accompagne de vives douleurs, M. Ménière prescrit une application de sangsues derrière l'oreille. Les sangsues sont appliquées les unes après les autres au fur et à mesure qu'elles tombent, et toutes exactement au même point. On se trouve bien aussi, en pareille circonstance, d'une espèce de bain local, pour lequel on emploie la décoction de tête de pavot. Le malade ayant la tête inclinée du côté sain, on laisse couler dans l'oreille malade une cuillérée de cette décoction, que l'on y maintient un temps suffisant en faisant rester le patient la tête inclinée 10 minutes à un quart d'heure.

Une fois la période aiguë de l'inflammation passée, on se trouve bien de badigeonnages avec un mélange de 1 gramme d'acide phénique dans 50 grammes de glycérine, ou bien encore avec une solution de nitrate d'argent au 10e. — Ces badigeonnages ne doivent être fait que tous les 2 ou 3 jours.

On aide à leur action au moyen d'embrocations qu'on fait soit avec la solution d'acétate de plomb au trentième, soit avec le liquide suivant :

Eau,	20 grammes.
Glycérine,	10 grammes.
Sulfate de zinc,	50 à 60 centigr.

Le conduit auditif ayant été préalablement nettoyé par une injection d'eau tiède, le malade incline la tête du côté sain, et trois à six gouttes du mélange sont instillées dans l'oreille. Il reste ainsi la tête penchée pendant 8 à 12 minutes.

M. Ménière proscrit toute instillation de laudanum, d'éther, de chloroforme. Il rejette aussi absolument l'emploi des injections d'huile. Tous ces topiques ne peuvent d'après lui qu'aggraver le mal. (*Abeille médicale du* 13 *Avril* 1874.)

Accidents d'intoxication produits par le café. — Le Dr Turschmann a publié dans le *Deutsche Klinikr* (1873 — pages 377 à 380), un fait assez curieux d'empoisonnement par le café. La femme, qui fait le sujet de cette observation, avait dans le but de se faire avorter pris une infusion de 250 grammes de café. Deux heures et demie après l'injection de ce breuvage, elle présentait les symptômes suivants : délire, anxiété extrême, visage pâle, tremblement des membres, dyspnée portée au plus haut point, bien que l'examen de la poitrine ne révélât aucune lésion pulmonaire, pouls rapide, large et fort, palpitations car-

diaques, diarrhée avec tenesme, rétention d'urine, distention énorme de la vessie, nécessitant le cathétérisme.

Tous ces accidents furent calmés par la morphine, et au troisième jour, la malade se trouvait guérie. L'avortement ne s'était pas opéré malgré la haute dose de café employé. Cela n'a rien de bien étonnant et ne contredit du reste pas le résultat des recherches qui ont fait attribuer au café comme à la quinine et à la digitale le pouvoir d'exciter les contractions utérines.

Ces diverses substances partagent bien l'influence qu'exerce, à un degré plus élevé, le seigle ergoté sur la fibre musculaire utérine. Mais avec elle, de même qu'avec le seigle ergoté, il faut pour que cette action se manifeste, un état préparatoire de la fibre utérine qui la rende apte à répondre à l'excitation du médicament.

Le seigle ergoté n'agit d'une façon rapide et très-efficace sur la contractibilité utérine que lorsqu'elle a commencé à être mise en jeu par le travail de l'accouchement, et il lui est très-difficile de faire naître les contractions utérines avant que le travail n'ait commencé naturellement. Il en est naturellement de même du café, de la quinine, de la digitale et de tous les succédanés du seigle ergoté. (*Nuova Liguria medica du* 30 *mars* 1874.) H. D.

Sur un mode nouveau d'administration de la viande crue. Bien souvent l'usage de la viande crue se trouve rendu impossible par la répugnance que cette médication inspire au malade. M. Yvon a cherché et trouvé un moyen d'en rendre l'administration plus facile. Il mélange la viande crue avec des amandes et du sucre de manière à en faire une pâte d'une saveur agréable.

Voici la formule et le *modus faciendi* adoptés par M. Yvon :

Pour 250 grammes de viande crue il emploie :
75 grammes d'amandes douces mondées,
5 grammes d'amandes amères,
80 grammes de sucre.

On pile ce mélange dans un mortier de marbre de façon à obtenir une pâte homogène. Si l'on veut obtenir un produit d'un aspect plus agréable et réunir en même temps les quelques fibres qui ont pu échapper à l'action du pilon, on peut pulper cette pâte. Elle prend alors une couleur rosée, et offre une saveur agréable qui ne rappelle en rien celle de la viande crue.

Il est facile de faire avec un mélange analogue une émulsion. On n'a qu'à prendre :

Viande crue	50 grammes
Amandes douces mondées	15 —
Amandes amères	1 —
Sucre blanc	16 —

On pile dans un mortier de marbre la viande, les amandes et le

sucre et l'on ajoute peu à peu la quantité d'eau jugée nécessaire; puis on passe dans une étamine. Cette émulsion se maintient au moins 24 heures, et, quand elle se sépare au bout de ce temps, une légère agitation suffit pour rétablir la suspension.

(*Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie du 30 Mars 1874.*)

REVUE DES LIVRES

Essai sur la physiologie et la pathologie générales de l'hématie, par E.-A. Joly. — Thèse de Paris, 1873.

Nous recommandons à nos lecteurs cette thèse d'un ancien élève de notre Ecole; elle renferme, en quelques pages clairement et sobrement écrites, toutes les données les plus récentes de la science, sur la physiologie et la pathologie des globules rouges.

Dans la première partie, consacrée à la physiologie de l'hématie, nous signalerons le paragraphe relatif à la genèse des globules rouges. Les recherches récentes (1872) de His et de son élève Klein sont, en effet, venues modifier nos connaissances sur ce point : « Un certain nombre de cellules du feuillet moyen du blastoderme se creusent de vacuoles de plus en plus prononcées. Le protoplasma qui limite les vacuoles prend un aspect analogue à celui de l'endothélium. Ce protoplasma pousse vers l'intérieur des vacuoles, des prolongements qui se pédiculisent et finissent par devenir libres, en donnant naissance ainsi aux globules rouges et blancs.

« Dans d'autres cellules, le protoplasma qui entoure le noyau se colore légèrement en jaune ou en rose, et finit par s'isoler ; il en résulte un globule rouge muni d'un noyau; quand la cellule primitive est multinucléolaire, elle donne naissance à plusieurs hématies. Quant à la masse du protoplasma, elle sert à former la tunique endothéliale du vaisseau, munie de distance en distance d'un noyau. »

Cette partie renferme encore un passage intéressant sur l'analyse spectrale du sang. Je ne puis m'empêcher à ce sujet de remercier M. Joly, qui nous a fait grâce de l'éternelle planche du spectre du sang. A voir l'empressement de certains éditeurs à loger cette planche, toujours la même, dans le moindre fascicule, il semble qu'ils en aient un inépuisable stock... il est vrai qu'ils l'écoulent à un bon prix.

Enfin, pour terminer cette première partie, je me permettrai de relever une légère erreur de dénomination à propos des matières colorantes du sang. M. Joly donne le nom d'*hématosine* à

la matière colorante du bois de campêche, et celui d'hématine à un dérivé de l'hématoglobuline. C'est une erreur : en 1811, M. Chevreuil créa le nom d'*hématine* pour la matière colorante du sang. Ces démonstrations diverses sont déjà assez compliquées pour qu'on ne laisse pas établir d'équivoque à leur égard.

La deuxième partie étudie la pathologie des globules rouges, c'est-à-dire leurs altérations qualitatives et quantitatives.

Les hématies peuvent subir des variations de volume. Gubler a signalé l'augmentation des globules rouges dans la maladie d'Addison; Vanlair et Mansius ont décrit la microcythémie, retrouvée par Charcot et Vulpian dans un cas d'hypertrophie de la rate sans leucémie, et dans la leucémie elle-même.

Les recherches récentes de Manasseïn (1872), si elles sont confirmées, viennent ajouter un chapitre tout nouveau à cette particularité de l'histoire des globules rouges. Il a reconnu que la fièvre et l'élévation de température diminuent le volume des hématies, proportionnellement à leur intensité; et, inversement, les hématies subissent une augmentation de volume proportionnelle à l'abaissement de température.

Sans insister sur les conséquences de ces faits, je signalerai cependant leur importance, pour les défenseurs de la méthode de Brand, dans le traitement de la fièvre typhoïde, Les antipyrétiques ou réfrigérants : quinine, alcool, agissent comme le froid sur le volume des globules rouges. La morphine diminue le volume des hématies, etc.

Les globules rouges subissent aussi des modifications de structure. Tout le monde connaît les altérations produites, par des agents invisibles, miasmes ou virus, et par le phosphore, l'arsenic, les acides minéraux, etc.

Mais quel est le rôle des globules rouges dans l'ictère grave?

On sait depuis longtemps que, dans l'ictère grave, les hématies sont crénelées et que le sang est à l'*état de dissolution*.

On attribuait généralement cette dissolution du sang à une résorption de la bile et à l'action des acides biliaires sur les globules. Mais les recherches de Jurasz (thèse de Greiswald, 1872) sont venues ébranler cette hypothèse. Il a reconnu que, pour dissoudre un volume de globules rouges, il faut vingt volumes de bile.

Vulpian et Jurasz ont démontré que, pour obtenir expérimentalement cet état dissous du sang, il faut injecter dans les veines des doses énormes d'acides biliaires. Jamais de pareilles doses ne sauraient se résorber à l'état pathologique.

Nous terminerons cette analyse en citant un point curieux de l'histoire de la chlorose.

Notre savant collègue, M. Bondet, avait déjà signalé le rétrécissement aortique comme une lésion presque constante de la chlorose. Cette opinion vient d'être confirmée par Virchow. Ce dernier a constaté chez les chlorotiques un arrêt de développement de l'aorte

et du cœur. Les parois de l'aorte sont amincies; l'amincissement porte sur les trois tuniques du vaisseau. De plus, la tunique interne offre une dégénérescence graisseuse, parfaitement limitée à cette tunique. Le cœur participe à cet arrêt de développement; mais souvent il subit une dilatation hypertrophique compensatrice. C'est surtout quand cette compensation fait défaut que les accidents de la chlorose se prononcent davantage. Donc, pour Virchow, la chlorose est caractérisée par un arrêt de développement de l'aorte et du cœur. L'altération hématologique est-elle secondaire? Virchow ne se prononce pas sur ce point et promet de nouvelles recherches.

Il a signalé aussi des anomalies dans l'émergence des artères qui naissent de l'aorte; ainsi, les intercostales, au lieu de se détacher pas séries correspondant aux espaces intercostaux, naissent de deux ou trois troncs communs.

E. Clément.

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition, par le Dr Bonnafont, médecin principal (en retraite à l'école d'application d'état-major. — 2e édition. — Librairie J.-B. Baillière et fils. Paris 1874.

Contrairement à ses collègues d'outre-Rhin (Trœltsch par exemple, qui non content d'avoir publié une anatomie de l'oreille appliquée à la pratique et à l'étude des maladies de l'organe auditif, commence son traité pratique par l'anatomie de l'oreille externe etc.) le docteur Bonnafont va droit au but et, sans aucun préambule anatomique, expose dans une première partie de son traité : le diagnostic général des maladies de l'oreille et le thérapeutique générale de ces maladies.

La deuxième partie est consacrée à la pathologie et à la thérapeutique spéciales.

Peut-être est-il trop court dans son exposé anatomo-physiologique de la trompe d'Eustache où il oublie de signaler la différence capitale qui existe entre la trompe d'un adulte et celle d'un enfant : En effet, dans les premières années de la vie, la direction générale de la trompe est presque horizontale, tandis que chez l'adulte elle se dirige obliquement de haut en bas. Prise dans son ensemble, la trompe est plus courte et plus large chez l'enfant; aussi l'orifice tympanique de la trompe est-il beaucoup plus large que chez l'adulte, c'est pourquoi un écoulement quelconque, provenant de l'oreille moyenne, se fera-t-il jour le plus souvent chez l'enfant par la trompe et de là dans l'arrière-gorge. Sans parler non plus de l'admirable disposition des forces qui produisent *l'ouverture intermittente* de la trompe, le Dr Bonnafont arrive à l'explora-

tion de la trompe; après un historique et une énumération complète des diverses méthodes employées jusqu'à ce jour, il termine en proposant son procédé avec modification de la sonde d'Itard, dont il porte la courbure à 31 degrés; par ce moyen, dit M. Bonnafont, la sonde pénètre bien mieux dans l'orifice pharyngien de la trompe et l'on ne s'expose pas à voir une partie de l'injection soit liquide, soit gazeuse passer dans l'arrière-bouche ou dans les parties voisines. De plus, pour la commodité opératoire, la douille de la sonde est munie de deux œillets horizontaux.

Sans vouloir pousser plus loin une analyse détaillée qui sortirait des limites d'un compte-rendu, qu'il nous suffise de dire que vu les lacunes anatomiques et physiologiques, vu surtout le manque presque complet d'anatomie pathologique, c'est là un traité qui ne sera jamais le *vade mecum* du jeune praticien qui veut étudier, ni le guide de l'étudiant qui voudrait commencer l'étude de la spécialité.

Quoi qu'il en soit, le livre de M. Bonnafont est un excellent traité *pratique* que tout médecin ou chirurgien doit posséder. Il y trouvera la symptomatologie des diverses maladies de l'oreille admirablement étudiée et rédigée avec méthode. La thérapeutique spéciale y est surtout mieux traitée que partout ailleurs; rationnelle et variée, elle résume tout ce qui a été tenté contre ce genre d'affection. Comme moyens d'investigation pour arriver au diagnostic, l'arsenal que propose M. Bonnafont est des plus complets; du reste nombre d'instruments aujourd'hui passés dans la pratique journalière sont de son invention, entre autres, l'otoscope modifié aussi indispensable pour l'oreille que l'ophthalmoscope pour l'œil. Parmi les nouveaux travaux de M. Bonnafont dont est augmentée cette deuxième édition, il faut citer les articles concernant :

1° La myringite aiguë, surtout chronique, les symptomes subjectifs qu'elle provoque et qui simulent ceux de la méningite.

2° L'otite labyrinthique.

3° Le bourdonnement.

4° Les nouveaux appareils pour aspirer ou injecter, par la trompe d'Eustache, des liquides médicamenteux dans la caisse.

5° Les nouveaux appareils pour pratiquer la perforation de la membrane du tympan et fixer en même temps une canule dans l'ouverture.

6° Application de l'électricité au traitement des maladies de l'oreille.

Deux chapitres complètement nouveaux terminent cette édition :

Le 1er qui a trait à l'hygiène des oreilles.

Le 2me c'est la médecine légale appliquée aux sourds et muets. Chapitre intéressant à consulter pour ceux qui seront appelés à apprécier judiciairement les actes d'un sourd-muet de naissance ou accidentel, ayant ou non reçu les bienfaits d'une éducation, ce chapitre intéresse également les médecins militaires qui dans les conseils de révisions ont souvent à faire à de faux sourds.

H. REBOUL.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de médecine de Paris. — M. Colin lit une note relative à deux points de la physiologie du cœur.

1° Le mécanisme du choc ou du battement.

2° La destruction précise dont se compose une révolution du cœur.

M. Colin a pris pour sujet d'expérience non le cheval, mais le chien, attaché debout dans la station de l'homme, au moyen d'une fenêtre faite à la paroi centrale, on peut examiner très-facilement les battements du cœur,

M. Colin a observé que chez le chien comme les animaux à sang froid, une révolution complète du cœur se compose de quatre temps ainsi disposés.

1° Systole rapide des oreillettes,

2° Court repos ;

3° Systole des ventricules ;

4° Enfin long repos et relâchement de toutes les cavités.

l'observateur qui ausculte note successivement.

1° Le bruit sourd ;

2° Le court silence ;

3° Le bruit clair ;

4° Le long silence.

On voit donc que les temps marqués à la vision ne sont pas ceux de l'audition. Les premiers, seuls physiologiques, sont les vrais temps ; les seconds sont des temps faux, entièrement arbitraires.

M. Bouillaud prétend tout au contraire que la plus parfaite concordance règne entre les bruits et les mouvements du cœur, et que chez les animaux supérieurs, c'est par la systole ventricu-

laire que débute la série des mouvements, à l'inverse de ce que l'on observe chez les animaux à sang froid, la systole des oreilles est à peine appréciable.

M. Depaul met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique relative à un cas intéressant *d'acéphalie*.

— M. Bardinet donne lecture d'une note sur plusieurs cas de syphilis communiquée par le doigt d'une sage-femme à un grand nombre d'accouchées de la ville de Brive, et transmise aux maris ainsi qu'aux enfants de plusieurs d'entre elles, pendant le cours de l'année 1873.

Voici, d'après M. Bardinet, quel a été l'ordre de succession des faits :

1° La sage-femme L... éprouve au médius de la main droite un accident local qui ne dure pas moins d'une année.

2° Quelque temps après, elle présente les symptômes d'une syphilis en voie de généralisation : affaiblissements, douleurs rhumatoïdes, chute des cheveux et des sourcils, — mêmes accidents chez son mari.

3° Vient ensuite le tour des femmes qu'elle accouche : la plupart d'entre elles perdent leurs cheveux comme la sage-femme et éprouvent des accidents secondaires.

Leurs maris, quand ils ne s'abstiennent pas de tout rapport intime, sont atteints.

Les nouveau-nés le sont aussi ; plusieurs d'entre eux succombent ; on peut en somme évaluer à plus de 100 le nombre des personnes atteintes.

A la suite du rapport médico-légal fait par M. Bardinet, la sage-femme a été condamnée à deux ans de prison, 50 francs d'amende, comme prévenue du triple délit d'homicide par imprudence, de coups et blessures involontaires, et d'exercice illégal de la médecine.

M. Bardinet a regardé comme un devoir de déclarer devant la justice, à titre de circonstance grandement atténuante, que, très-probablement, cette sage-femme avait été infectée elle-même, à la suite d'une piqûre au doigt dans l'exercice de ses fonctions.

— M. J. Guérin, après avoir rappelé en quelques mots l'origine de la discussion sur le choléra, met de nouveau en présence les deux systèmes de l'étiologie du choléra : système de l'importation, système de la spontanéité. C'est le système de la spontanéité du choléra qu'il défend encore une fois contre les attaques dont il a

été l'objet de la part de MM. Fauvel, Chauffard, Herveux, Voillez, Bouchardat, Barth et Jolly. (Séances des 7 et 14 avril.)

Société de chirurgie de Paris. — M. Gripouillot (de Mont-Louis) adresse une observation de *grossesse extra-utérine* terminée par l'expulsion des os du squelette quatorze ans après.

— M. Th. Anger communique une observation d'*hypospadias péno-scrotal avec coudure de la verge*; redressement de la verge et *uréthroplastie par inclusion, guérison.* Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans, dont l'urèthre s'arrête à la base du pénis, dans l'angle péno-scrotal, par un orifice étroit et caché dans un pli cutané qui correspond à l'extrémité antérieure du raphé médian des bourses; cet orifice est relié au gland par une bride longue d'un centimètre qui, à l'état du repos, tient le pénis couché sur le sillon médian du scrotum, et qui, pendant l'érection, fait infléchir en bas et en arrière la moitié antérieure des corps caverneux et le gland. Pas de canal entre l'orifice anormal et le gland; miction facile. La première indication était de redresser la verge, ce que fit M. Anger, le 3 octobre 1872, par deux incisions transversales à 5 millim. l'une de l'autre, longues d'un centimètre et allant jusqu'aux corps caverneux; le résultat immédiat fut le redressement presque complet de l'organe.

La deuxième indication était de prolonger l'urèthre jusqu'au gland. Le 27 janvier 1873, M. Anger fit tailler, à la partie inférieure du fourreau de la verge, un lambeau cutané circonscrit par trois incisions ; ce lambeau fut détaché, puis renversé comme un ourlet de façon à constituer un canal se continuant en arrière avec l'urèthre et aboutissant en avant au gland; la surface épidermique de la peau ainsi renversée faisait suite à la surface épithéliale de la muqueuse. Pour inclure ce nouvel urèthre dans l'épaisseur du pénis, après l'avoir maintenu enroulé sur une sonde par six points de suture, un lambeau cutané pris sur la verge et les bourses fut détaché et vint chevaucher sur le précédent. Du 27 janvier au 2 mars, œdème du prépuce, orchite gauche; phlegmon des bourses; la partie antérieure du canal nouveau était constituée sur une longueur de 2 1/2 centimètres. Il restait 3 centimètres du canal à refaire. Le 8 août, opération complémentaire exécutée comme la première fois; sonde à demeure pendant 24 heures seulement. Suites simples; guérison complète le 31 août. Actuellement, mic-

tion facile, sans douleur; les tissus sont souples, et le nouvel urèthre est libre de tout rétrécissement. Le sujet reste encore atteint d'hypospadias balanique.

— M. Guéniot présente un enfant chez lequel une *tumeur érectile*, située entre les sourcils et simulant une encéphalocèle, a été guérie après trois cautérisations successives avec la pâte de Vienne.

— M. Panas présente un malade atteint de *staphylôme de la cornée*. De Græfe, attribuant certains staphylômes à l'augmentation considérable de la pression intra-oculaire, avait proposé l'opération suivante: incision transversale de la tumeur par transfixion, puis extraction du cristallin et occlusion des paupières. M. Panas a mis ce procédé en pratique, mais sans aucun bon résultat. Il fit alors, avec la plus petite couronne, la trépanation du staphylôme sur le centre de la tumeur; puis compression de l'œil. Au bout de six jours, on ne voyait presque plus rien; aujourd'hui la saillie a complètement disparu. M. Chassaignac pense que, si on ne détruit pas une grande partie de la membrane de Descemet, on risque une récidive. (*Séance du 21 janvier*).

— M. Bourguet (d'Aix) adresse une observation de *pseudarthrose du fémur guérie par les injections irritantes*; en 1863, il avait déjà communiqué une observation analogue. Fracture du corps du fémur, le 28 octobre 1872; on employa tous les appareils usités en pareil cas sans obtenir la consolidation. Le 1er avril 1873, M. Bourguet injecta au niveau du fragment supérieur dix gouttes d'une solution d'ammoniaque au tiers; le 27 avril, injection de vingt gouttes au niveau du fragment inférieur; le 30 avril, injection entre les deux fragments. Le 8 mai, injection de vingt gouttes d'une solution à parties égales d'eau et d'ammoniaque. Pendant tout le traitement, le membre est immobilisé dans un appareil. Le 16 mai, on injecte vingt gouttes d'une solution d'iode iodurée; le 2 juin, 50 gouttes; le 4 juin, 50 gouttes de la même solution; enfin le 14 juin, deux injections iodées de 30 gouttes chacune au niveau de chaque fragment. On applique un appareil silicaté embrassant la jambe, la cuisse et le bassin. Phosphate de chaux à l'intérieur. Le 1er septembre, le malade marche facilement; le 17, les fragments sont solidement soudés, le cal est volumineux; on constate un raccourcissement de 2 1/2 centimètres. Application d'un autre appareil laissant libres le genou et le cou-de-pied. Guérison complète le 27 novembre.

— M. Polaillon montre *un vice de conformation des yeux* chez un nouveau-né qui avait d'autres difformités : bec-de-lièvre double, division complète de la voûte palatine, des syndactylies, et une encéphalocèle qui a amené la mort en se rompant pendant l'accouchement. Ce vice de conformation consiste en une bride cutanée qui, partant de chaque cornée, se porte en bas et en dedans et aboutit à la peau de la partie supéro-interne de la joue; ces brides sont épaisses de 3 millimètres et longues de 8 à 10. La droite a la forme d'une petite colonne sous laquelle passe un stylet; la gauche est adhérente par son bord postérieur et représente un aileron. Pour expliquer cette anomalie symétrique, M. Polaillon rappelle le mode de développement des yeux. D'après lui, ce vice de conformation est la persistance d'un état transitoire dans la formation du globe de l'œil. La fente oculaire, ou plutôt le prolongement du feuillet blastodermique externe qui doit former le cristallin, a persisté et s'est même hypertrophié de manière à constituer deux brides cutanées qui se rendent vers les téguments voisins du grand angle de l'œil.

— M. Duplay, à l'occasion de la communication de M. Th. Anger dans la séance précédente, lit un travail sur *l'hypospadias périnéo-scrotal*; depuis 1868, il en a rencontré trois exemples chez des sujets de 4, 4 1/2 et 21 ans. Dans les trois cas, la verge, normale vue par sa face dorsale, est appliquée sur le raphé médian du scrotum; l'orifice anormal est situé au périnée, à la partie postérieure et médiane du scrotum. Une bride fibreuse, située à la face inférieure de la verge, tient cet organe courbé en bas et en arrière; il y a en outre rétraction des corps caverneux. Chez le sujet de 21 ans, l'érection, au lieu de redresser la verge, la courbait davantage en bas. Pour traiter cette infirmité, il faut délivrer la verge de ses attaches inférieures, et construire un canal uréthral.

La première indication est remplie par la section de la bride, section transversale allant jusqu'aux corps caverneux; on réunit par la suture sur la ligne médiane la plaie devenue losangique; la verge est fixée sur le ventre par des bandelettes agglutinatives. Ce procédé, mis en usage par M. Duplay, en 1868, est celui de Bouisson. Avant de remplir la seconde indication, on doit attendre 6 à 8 mois. M. Duplay veut qu'on fasse d'abord un nouveau canal à la face inférieure du pénis; plus tard, comme il ne restera qu'une fistule uréthrale, on complètera l'opération en réunissant les deux bouts du canal. C'est un moyen d'éviter l'action de l'uri-

ne sur le canal de nouvelle formation. La seconde indication peut se diviser en trois temps : restaurer le méat, créer le nouveau canal et réunir ses deux portions. Il est facile de restaurer le méat, qui se présente sous forme de fente ; on avivera le bord inférieur et on fera la suture.

Pour le second temps, on taille, de chaque côté de la ligne médiane à la face inférieure du pénis, un lambeau rectangulaire, ne tenant au raphé médian que par un grand côté ; on dissèque chaque lambeau et on les retourne pour suturer leurs bords libres sur une sonde de gomme. On dissèque la peau de chaque côté de la verge, pour recouvrir les lambeaux retournés ; une incision libératrice sera faite sur le dos de la verge. Le canal terminé, il faut faire l'abouchement. Deux fois, M. Duplay a échoué chez un enfant de 4 ans très-indocile ; le sujet de 21 ans sera opéré dans quelques jours. Les deux premiers temps peuvent être exécutés dans le jeune âge ; mais, pour terminer l'opération, il vaut mieux attendre que l'enfant soit un peu raisonnable. (*Séance du 28 janvier.*)

— M. Vidal lit une observation de *résection du genou.* Soldat de 22 ans, ayant reçu une balle dans le genou au combat de Chevilly ; la balle traversa la rotule et sortit par le creux poplité. Peu de gonflement, pas de douleur. La résection du genou fut décidée. M. Lannelongue enleva la rotule, 3 centimètres du fémur et 2 du tibia ; le membre est placé dans une gouttière-Bonnet ; pansement à l'eau alcoolisée. Actuellement, trois ans après, il y a raccourcissement de 5 centimètres ; le fémur et le tibia ne forment qu'un seul os solide et résistant. Il reste des trajets fistuleux conduisant sur une ostéite du fémur.

— M. Guéniot présente un *appareil de gutta-percha pour le traitement des fractures du fémur chez les nouveau-nés.* Cet appareil est composé de deux gouttières fixées l'une à l'autre ; une supérieure ventrale, destinée à recouvrir les 2/3 antérieurs de la circonférence du tronc sur une hauteur de 10 centimètres ; une seconde, crurale, destinée à entourer les 2/3 supérieurs de la cuisse, dans la moitié ou les 2/5 de sa circonférence ; elles sont unies angulairement au niveau du pli de l'aine. M. Guéniot a appliqué récemment cet appareil sur un enfant de 11 mois ; au bout de 25 jours, cal assez solide et assez régulier. Mort de cachexie ; on voit que le cal est solide et assez régulier. MM. Lefort et Sée trouvent que l'appareil ne s'oppose pas à la rotation de la jambe

et du fragment inférieur, et croient qu'il faudrait ajouter un gouttière jambière antérieure. MM. Delore et Dubreuil, pour le traitement de ces fractures, mettent la cuisse à angle droit sur le bassin, et appliquent un bandage silicaté du pied au bassin. M. Depaul a toujours guéri facilement ces fractures avec trois ou quatre attelles de carton enveloppant le membre, mis d'abord dans une bonne direction, et une bande pour fixer ces attelles.

— M Krishaber lit une observation de *polype de la trachée*. Enfant de 32 mois, toux rauque pendant un mois, puis inspirations difficiles, dures et bruyantes; trachéotomie, soulagement immédiat; pas de fausses membranes; enlèvement de la canule quelques jours après; accès de suffocation et cornage; voix sonore; mort brusque trois mois environ après la trachéotomie. On trouva au niveau du troisième anneau trachéal une végétation polypiforme de la grosseur d'un pois, à pédicule court. C'est le premier cas connu de polype exclusivement limité à la trachée avec intégrité du larynx. L'auteur conclut qu'il est nécessaire de maintenir la canule après la trachéotomie, tant que les moindres troubles respiratoires persistent, même intermittents, jusqu'à ce que l'examen laryngoscopique ait démontré leur cause.

— M. Delore présente un nouveau procédé de sutures, dit *procédé de suture à étage pour l'uréthroplastie pénienne* . Ce procédé a pour but d'éviter le contact de l'urine avec la plaie, et d'adosser de grandes surfaces. Il dissèque deux grands lambeaux et les adosse face contre face ; il obtient ainsi une hauteur de 3 centimètres environ. Sur cette hauteur, il met trois étages de sutures, en commençant par la base, continuant par l'étage moyen, et terminant par l'étage superficiel. L'opération terminée, M. Delore applique une sonde métallique, même chez les enfants, et du plus fort calibre possible. Cette sonde, courbée en S, tient d'elle-même et reste en place sans attaches. M. Delore a mis quatre fois ce procédé en pratique avec succès ; trois fois chez des enfants de 3, 7 et 9 ans présentant des fistules suites d'une constriction circulaire de la verge avec une ficelle ; une fois chez un homme de 26 ans ayant une fistule suite d'une plaie par balle. (*Séance du* 5 *février*.)

VARIÉTÉS.

LA ROCHE AUX FÉES.

L'hallucination est une maladie cérébrale qui a existé de tout temps, et que les progrès de notre époque n'ont pas fait disparaître. Un amateur des antiquités druidiques, M. Victor de Baumefort, habitant d'Avignon, dans un voyage en Bretagne, se mit à la recherche de la *Roche aux fées*, célèbre par les apparitions de ces déesses celtiques, qui ne sont qu'un souvenir des antiques druidesses, les indigènes ont conservé la foi dans ces nymphes, toujours logées au sein de ces masses de rochers, dont l'amoncellement constituait des monuments religieux, et autour desquels s'opéraient et s'opèrent encore des apparitions et des miracles.

Je ne sais si je me trompe ; mais je crois que cette disposition à se laisser dominer par le surnaturalisme doit influer singulièrement sur l'état moral et physique des individus qui en sont atteints ; les médecins pourraient mieux que moi parler du danger de l'imagination sur la santé de l'homme, et je n'oserais pas, surtout dans un recueil médical, formuler mes idées à cet égard. Je crois cependant qu'il serait utile de chercher à éteindre, au sein des populations, une maladie qui peut conduire à une superstition malsaine. Si l'exagération dans les croyances est parfois dangereuse, cependant je ne prétends pas qu'on doive les annihiler ; au contraire je suis disposé à les défendre, lorsqu'elles sont modérées, d'un autre côté, quand un peuple arrive à les mettre complétement au néant, la morale n'existe plus pour lui, l'époque contemporaine pourrait me fournir bien des preuves, pour défendre mon idée ; mais je m'arrête aux confins de la discussion, et je vais conduire mes lecteurs vers la Roche aux fées.

L'auteur précité, voulant mettre à exécution son projet d'exploration, se dirige vers Rennes, et de là se fait conduire à Janzé, chef-lieu de canton de l'arrondissement. Arrivé dans cette bourgade, il descend dans une auberge, au sein de la quelle il trouve un voyageur d'une commune voisine, qui se charge de le conduire à la Roche aux fées ; pendant la route, la conversation s'engage sur les curieuses traditions de la localité, et le compagnon de l'amateur d'archéologie celtique lui fait la narration suivante : « Je « revenais de la Guerche, où j'avais transporté des marchandises ; le char- « gement pour le retour ne pouvant être prêt que le lendemain soir, je « laisse ma voiture et mes chevaux, et je reviens chez moi pour voir ma « femme et mes enfants ; le temps était chaud, et de gros nuages noirs « ajoutaient encore à l'obscurité qui m'environnait. Me trouvant encore loin « des Retiers, canton de l'arrondissement de Vitré, je pense alors à la « Roche aux fées, située à peu de distance, et je m'y dirige en toute hâte.

« A peine y suis-je arrivé que la tempête augmente, et je n'ai que le temps « de me mettre sous la grande pierre du milieu de la galerie. Quoique je

« ne sois pas peureux, je ne pouvais me défendre d'une crainte bien natu-
« relle, en me voyant seul au milieu de la nuit, dans un lieu où de tout « temps on a vu des événements extraordinaires, j'en avais presque le frisson « et j'étais tenté de fuir un séjour hanté par les mauvais esprits ; mais l'idée « que je m'exposais, en quittant cette retraite, à un danger réel, pour « éviter un danger imaginaire, me retenait toujours. Vaincu par la fatigue, « je m'assoupis malgré l'orage qui grondait sans interruption ; je ne sais « combien de temps je restai dans cet état de somnolence, où sans être en-« tièrement réveillé on a pourtant la conscience de ce qui se passe autour de « soi, quand je sens un coup violent qu'on me donne sur la poitrine, je me « relève aussitôt, et je vois alors, à la lueur des éclairs, un mouton qui me « dit : Le jour est pour toi, et la nuit pour nous ! Va-t'en. »

« A peine la fée a-t-elle fini de parler qu'elle s'éloigne et se dirige vers le « fond de l'allée. Je ne la perds pas de vue, ma curiosité soutenait mon cou-« rage, et un instant après je la vois comme un gros chat poursui-« vre sa marche, elle va jusqu'à l'extrémité de l'enceinte, et revient sur ses « pas. Arrivée en face de moi, ce n'est plus un gros chat que j'ai devant les « yeux, mais un beau caniche, avec des oreilles pendantes et des poils « blancs qui lui couvraient le dos. Enfin la fée sort de la galerie, et je la « vois sous la forme et dans le costume d'un prêtre, quand il va monter à « l'autel, faire le tour de la roche ; puis elle s'évanouit tout à coup et « disparaît, sans laisser de traces. »

Le narrateur, après avoir achevé son récit, semblait encore sous l'empire de la fascination, et il ne lui venait pas même à la pensée qu'on pût révoquer en doute ces faits, qui se rattachent à la croyance aux fées. M. de Baumefort raconte ensuite son retour à Janzé, en compagnie de son guide, et termine sa brochure par les lignes suivantes : « Après mille réflexions « contradictoires, où mes pensées se croisent, vont d'un sujet à un autre, et « flottent indécises sans pouvoir s'arrêter à une solution satisfaisante, ne « sachant comment fixer mon jugement, je ne trouve dans tout cela qu'un « mystère de physiologie à ajouter aux mystères des antiquités celtiques. « En dernière analyse, et pour résumer ces réflexions, en voyant un habi-« tant de la campagne s'exprimer sur ces incidents bizarres et surnaturels « avec autant de précision, avec une telle lucidité, je conclus que, s'il est « permis de douter de la véracité du narrateur, on ne peut du moins con-« tester les dons d'une imagination vive et poétique aux descendants des « anciens bardes de l'Armonique. »

Je laisse aux docteurs en médecine l'explication de ce *mystère de physiologie*. et je pense qu'un article sur les hallucinations mériterait une place dans le *Lyon-Médical*.

Les documents anciens et modernes ne manqueraient pas, et la raison pourrait en profiter, en imposant une limite aux rêveries de l'imagination, et en faisant voir qu'entre la réalité et l'hallucination il existe la même différence qu'entre le songe et le réveil.

PAUL SAINT-OLIVE.

NOUVELLES LOCALES ET DIVERSES

Liberté, que de sophismes l'on débite en ton nom ! Un des plus impudents vient d'être lancé par les radicaux... de l'ultramontanisme à propos de la loi sur la liberté de l'enseignement supérieur. «*La Liberté*, ont-ils dit, *c'est la faculté de se mouvoir sans entraves dans le bien.*» Hors de nous, pas de bien possible. Le privilège, à la condition de nous être strictement réservé, c'est la liberté. Tel est le résumé des longs discours prononcés au congrès des comités catholiques réunis à Paris au commencement du mois. Aussi, se croyant tout puissants, ils se hâtent de demander le vote de leur loi.

Le Lyon médical s'est déjà occupé du rapport de M. Laboulaye ; il ne peut laisser passer cette occasion de rappeler combien est vitale pour l'avenir de notre science et de notre profession, la solution de ce problème. L'ardeur de la croisade prêchée par les comités catholiques suffirait pour démontrer les dangers d'une révolution pareille à ceux qui seraient jusqu'ici restés indifférents.

Dans leur pétition ils réclament surtout le droit de conférer les grades, et ils osent même dire : « Nous ne pourrions accepter que les examens subis devant les Facultés libres soient soumis aux mêmes règles et dispositions que devant les Facultés de l'Etat. » Tout est dans ce genre. Ils affirment, ils ne discutent pas. Ils se gardent bien de se poser le dilemne inéluctable qui domine cette question de la liberté de la collation des grades, et qu'on ne saurait trop rappeler. Si vous reconnaissez à l'Etat le devoir et le droit de limiter l'exercice de certaines professions, vous lui imposez le devoir strict de s'assurer par lui-même que les conditions requises sont suffisamment remplies, vous l'obligez à se réserver la collation des grades. « Mais l'Etat ! diront-ils, le Syllabus a nié ses droits, donc il n'en a pas. ! » C'est vrai ! et nous voilà confondus !

Le docteur Debency, notre compatriote, qui avait attaché son nom à une méthode devenue populaire de médication spéciale, est mort, à Paris, le 3 avril à la suite d'une longue maladie.

Le service de conservation du vaccin institué par la Société de médecine, a déjà fait de nombreux envois de vaccin cette année ; peu de *renseignements sur les résultats obtenus sont parvenus, en réponse aux envois qui ont été faits* ; on rappelle aux médecins qui ont puisé à cette source, que leurs réponses constituent des documents qui ont une certaine importance, soit au point de vue des conditions de cueillette, soit au point de vue de la durée de conservation du vaccin dans les tubes, pendant le transport par la poste qui soumet l'envoi à des variations de température dont l'influence doit être étudiée.

Toute demande de vaccin doit être accompagnée d'un timbre-poste pour l'affranchissement de l'envoi.

MÉTÉOROLOGIE. — MALADIES RÉGNANTES. — DÉCÈS.

AVRIL.	THERMOMÈTRE. Minim.	THERMOMÈTRE. Maxim.	BAROMÈTRE 9 h. matin	HYGROMÈTRE.	PLUVIOMÈTRE. mm	ÉVAPORATION.	VENTS.	ÉTAT DU CIEL.	OZONE.	DÉCÈS.
6	+ 4.3	+ 10.2	738	0.72	6.1	1.4	N.O.	Beau.	15	19
7	+ 6.0	+ 13 5	745	0.56	»	3.7	N.O.	—	11	28
8	+ 6.5	+ 14.8	743	0.48	0.1	4.3	N.O.	—	14	24
9	+ 5.5	+ 14.6	743	0.59	»	4.1	N.O.	As. beau.	10	26
10	+ 2.0	+ 13.5	734	0.61	»	2.7	S.	—	0	31
11	+ 6.5	+ 14.7	729	0.76	0.8	2.7	S.E	Couv.	7	24
12	+ 7.7	+ 12.2	725	0.63	0.1	3.5	N.O.	—	14	29
13	+ 8.3	+ 14.8	738	0.76	0.1	2.9	N.O.	—	16	23
14	+ 6.0	+ 14.5	729	0.65	0.7	2.1	N.O.	—	13	29
15	+ 7.3	+ 13.0	732	0.76	11.1	0.5	N.	—	5	23
16	+ 9.1	+ 16 5	741	0.86	.3	2.0	O.	—	8	26
17	+ 7.5	+ 12.0	747	0.76	.3	1.3	N.E.	Beau.	6	31
18	+ 10.0	+ 14.5	749	0.74	»	2.2	N.O.	Couv.	13	18
19	+ 10.1	+ 18.0	749	0.65	»	2.8	N.	Beau.	9	31

La constitution médicale a brusquement changé de caractère pendant cette quinzaine : de catarrhale elle est devenue presque sans transition saburrale et adynamique.

Les fièvres typhoïdes ont subitement augmenté de nombre dans les proportions inaccoutumées. On observe aussi beaucoup de fièvres muqueuses et de fièvres gastriques.

Toutes les autres affections semblent s'effacer devant les maladies précédentes. Les pneumonies sont moins fréquentes ; les bronchites catarrhales et les grippes qui règnent habituellement à cette période de l'année sont aussi moins nombreuses.

Quelques rhumatismes articulaires aigus, et encore quelques varicelles, rougeoles et scarlatines.

Le bulletin des causes de décès pour Lyon, du 6 au 19 avril 1874 (deux semaines), donne les résultats suivants :

Variole, 0 ; — Scarlatine, 2 ; — Rougeole, 1 ; — Fièvres continues, 10 ; (typhoïde, 5 ; muqueuse, 2 ; catarrhale, 2) ; — Érysipèle, 1 ; — Bronchite aiguë, 14 ; — Pneumonie. 35 ; — Pleurésie, 4 ; — Dyssenterie, 0 ; Diarrhée, 10 ; — Cholérine, 0 ; — Choléra, 0 ; — Angine couenneuse, 0 ; Croup, 2 ; — Affections puerpérales, 3 ; — Affections cérébrales, 61 ; — Maladies du cœur, 15 ; — Phthisie, 72 ; — Catarrhe pulmonaire, 26 ; — Autres maladies aiguës, 28 ; — Autres maladies chroniques, 52 ; — Affections chirurgicales, 22 ; — Causes accidentelles, 5 ; — Total : 362 — Mort-nés, 27.

Le président du Comité de rédaction,
P. DIDAY.

Le Gérant,
J. ICARD.

Lyon. — Imp. Martonne.

TABLE DES MATIÈRES

A

B

C

D

E

P

Q

R

S

T

FIN DU TOME QUINZIÈME